

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3504/2006

ATAS/228/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 27 février 2008

En la cause A/3504/2006

Madame H_____, domiciliée à GENEVE

recourante

contre

GENERALI ASSURANCES, domiciliée place Longemalle 18,
GENEVE

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges**

EN FAIT

1. Madame H _____, est d'origine cubaine et arrivée en Suisse en 1998. Dans son pays d'origine, elle a acquis une formation de médecin, mais a travaillé à Genève, en dernier lieu, comme aide-soignante dans un établissement pour personnes âgées. Dans le cadre de cet emploi, elle était assurée contre le risque d'accident auprès de la GENERALI ASSURANCES (ci-après : assurance-accidents).
2. Le 2 octobre 2003, elle subit un accident, en tombant avec sa trottinette.
3. Le 3 octobre 2003, une radiographie de l'épaule et de la main gauches est effectuée par le Dr L _____. Dans son rapport du 7 octobre 2003, celui-ci indique ce qui suit :

"Epaule :

Au niveau de l'épaule apparaît une opacité dense, tout près du trochiter pouvant correspondre probablement à un début de périarthrite de l'épaule gauche.

A mon avis, il ne s'agit pas de fracture.

Main :

Apparemment, il n'y a pas de fracture, le pouce gauche est normal".

4. Selon le rapport médical initial LAA de la Permanence de Cornavin SA du 20 mai 2003 (recte 20 octobre 2003), l'assurée a subi un traumatisme à l'épaule et au pouce gauches. L'incapacité de travail est totale depuis la date de l'accident.
5. Dans un rapport médical intermédiaire du 9 décembre 2003, la Permanence de Cornavin SA déclare à l'assurance-accidents qu'elle diagnostique une forte contusion de l'épaule et du pouce gauches. L'évolution est favorable. L'assurée a repris le travail à 100 % à partir du 2 décembre 2003.
6. Le 28 juillet 2004, l'assurée consulte le Dr M _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Dans son rapport médical initial à l'assurance-accidents du 20 septembre 2004, ce médecin diagnostique un conflit sous-acromial gauche persistant. Le rapport de causalité avec l'accident est vraisemblable. Il atteste par ailleurs une incapacité de travail de 50% dès le 1^{er} septembre 2004.
7. Le 11 novembre 2004, le Dr M _____ procède à une arthroscopie chirurgicale de l'épaule gauche de l'assurée. Il constate des lésions cartilagineuses et l'absence de déchirure de la coiffe des rotateurs, ainsi qu'un conflit sous-acromial avec une volumineuse inflammation post-traumatique de l'espace acromial. Une

acromioplastie et une résection du ligament sont pratiquées. L'assurée est en incapacité de travail dès la date de l'opération à 100 %.

11. Dans son rapport interne du 13 janvier 2005, l'assurance-accidents note qu'un arrêt de travail a été prescrit à 100 % depuis le 2 octobre 2003, avec reprise à 50 % le 5 janvier 2004 pour deux à trois jours, suivie de nouveau d'une incapacité de travail de 100 % le 7 ou le 8 janvier 2004 et de 50 % dès le 1^{er} mars 2004 jusqu'au 10 novembre 2004 et de 100 % dès cette date.
8. A la demande de l'assurance-accidents, le Dr N_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, procède à une expertise de l'assurée. Dans son rapport du 31 mai 2005, il émet les diagnostics suivants : luxation métacarpo-phalangienne du pouce gauche avec déchirure du ligament collatéral ulnaire, contusion de l'épaule gauche, conflit sous-acromial de l'épaule gauche, troubles dégénératifs cervicaux et lombaires, hernie mixte discale et ostéophytaire C6-C7 gauche et scoliose dorso-lombaire. Seuls les deux premiers diagnostics sont dans un rapport de causalité certain avec l'accident. Le troisième diagnostic est en relation de causalité possible avec celui-ci. Aucune relation de causalité avec l'accident n'a pu être établie pour les autres diagnostics. L'assurée a déclaré n'avoir jamais présenté de problèmes de dos, de l'épaule gauche ou de la main gauche avant son accident. Toutefois, selon cet expert, les radiographies initiales du 3 octobre 2003 de l'épaule gauche objectivent des signes de conflit sous-acromial (sclérose du trochiter, petite calcification de la coiffe), même si celui-ci n'était pour l'instant pas symptomatique. Aucune autre lésion anatomique n'a été mise en évidence par la suite tant par les IRM que par le status opératoire de novembre 2004. L'expert déclare en outre ce qui suit:

"Une simple contusion de l'épaule gauche peut rester douloureuse durant quelques semaines, voire deux à trois mois. Les douleurs sur le conflit sous-acromial peuvent apparaître sans que celles-ci n'aient forcément de relation de causalité avec l'accident du 10.03 (recte: 2.10.). J'estime donc que le statu quo sine au niveau de l'épaule gauche a été obtenu trois mois après l'accident. La poursuite de la symptomatologie douloureuse peut parfaitement s'expliquer par la présence du conflit sous-acromial".

Au niveau du pouce gauche, l'expert admet que le statu quo ante vel sine n'a pas encore été atteint et que le traitement de cette lésion est à la charge de l'assurance-accidents. Quant à l'incapacité de travail, qui est actuellement encore totale, elle est due à la persistance de douleurs cervicales essentiellement et de douleurs au niveau de l'épaule gauche. La problématique du pouce gauche ne semble pas justifier une incapacité de travail dans la profession d'aide-soignante de l'assurée. Ainsi, le Dr N_____ estime que la capacité de travail est de 100 % dans cette profession, pour ce qui concerne les suites de l'accident. D'ailleurs, une capacité de travail de

100 % est envisageable dans une autre activité professionnelle n'exigeant pas de mouvements répétés ou en force au niveau de la main gauche. Le degré d'atteinte à l'intégrité du pouce gauche est de 5 %.

9. Par décision du 14 juin 2005, l'assurance-accidents refuse toute prestation pour frais médicaux à partir du 1er janvier 2004 concernant l'affection de l'épaule gauche, en considérant que cette atteinte n'est dès cette date plus en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident survenu. Elle limite par ailleurs le paiement des indemnités journalières au 31 octobre 2004 pour le même motif. Quant aux lésions du pouce gauche, elles ne justifient plus une incapacité de travail.
10. Par courrier du 29 juin 2005, le Dr M_____ invite l'assurance-accidents à revenir sur sa décision, tout en s'étonnant que, plusieurs mois après l'opération de sa patiente et alors que l'assurance était parfaitement renseignée, cette assurance refuse ses prestations.
11. Par courrier du 30 juin 2005, l'assurée forme opposition à cette décision, en concluant à la prise en charge des frais médicaux au-delà du 31 décembre 2004 et le paiement des indemnités journalières à partir du 1^{er} novembre 2004. Elle considère que la dégradation de son état de santé est une suite directe de son accident, tout en soulignant qu'elle n'est plus à même depuis lors d'exercer sa profession d'aide-soignante comme par le passé.
12. Le 1^{er} juillet 2005, l'employeur de l'assurée résilie le contrat de travail pour le 31 octobre 2005.
13. Le 13 juillet 2005, la caisse-maladie Philos (ci-après la caisse) forme également opposition contre la décision de l'assurance-accidents du 14 juin 2005.
14. Par courrier du 3 août 2005, le Dr N_____ confirme à l'assurance-accidents que le statu quo sine au niveau de l'épaule gauche a été obtenu environ trois mois après l'accident. Six mois après celui-ci, la capacité de travail de l'assurée en tant qu'aide-soignante est rétablie, pour ce qui concerne les autres lésions consécutives à l'accident.
15. Le 5 septembre 2005, le Dr O_____, médecin conseil de la caisse, se détermine sur le dossier médical de l'assurance-accidents. Sur la base de celui-ci, ce médecin considère que le conflit sous-acromial est post-traumatique. Il se demande par ailleurs sur la base de quels critères objectifs l'expert peut affirmer que le statu quo est revenu trois mois après l'accident, en ce qui concerne l'épaule gauche, dans la mesure où il est incontesté que la symptomatologie s'est poursuivie. Le choc à l'épaule a dû être violent, dès lors que l'assurée s'était luxé le pouce. Il souligne également que l'assurée n'a jamais été malade de l'épaule auparavant et n'avait pas d'arthrose.

16. Le 12 septembre 2005, l'assurée communique à l'assurance-accidents que le Dr M_____ confirme sa position, selon laquelle le statu quo ante n'est de loin pas réalisé, s'agissant des troubles de l'épaule gauche qui ont rendu nécessaire l'opération du 11 novembre 2004.
17. Le 11 novembre 2005, le Dr N_____ se détermine sur les observations du médecin conseil de la caisse. Il indique que, contrairement aux déclarations du Dr O_____, les radiographies initiales de l'épaule gauche ont objectivé des signes de conflit sous-acromial, à savoir une sclérose du trochiter, ainsi qu'une petite calcification de la coiffe. Ces lésions ne sont certainement pas dues à l'accident, mais mettent en évidence des troubles dégénératifs débutant de cette épaule. Il rappelle à cet égard que la coiffe des rotateurs est soumise à un processus dégénératif qui dépend de l'âge ou peut être induit par un conflit sous-acromial. La sclérose du trochiter et la présence d'une tendinite calcifiante est un signe indirect de ce conflit sous-acromial et d'un processus dégénératif. La chute de l'assurée peut parfaitement avoir décompensé un processus dégénératif préalable et provoqué une aggravation d'une inflammation de l'espace sous-acromial. Dans le cas de l'assurée, la contusion de son épaule peut certes entraîner un état inflammatoire durant plusieurs semaines, voire quelques mois. Toutefois, un tel état inflammatoire va progressivement s'améliorer, à moins qu'il n'existe des phénomènes irritatifs mécaniques concomitants, comme en l'espèce le conflit sous-acromial et les troubles dégénératifs préexistants. De ce fait, la persistance de la symptomatologie douloureuse doit, après un certain temps, être mise sur le compte des troubles dégénératifs. Il a estimé le délai à trois mois, mais admet qu'on peut en discuter sur un ou deux mois en plus ou en moins. Le Dr N_____ confirme que la persistance d'une symptomatologie douloureuse et d'une inflammation de l'espace sous-acromial plus d'une année après l'accident n'a plus qu'une relation de causalité possible avec l'accident. Le fait que l'assurée ne présentait pas de symptomatologie douloureuse avant l'accident n'a pas de relevance en ce qui concerne l'assurance-accidents.
18. Le 6 mars 2006, le Dr O_____ prend position sur la détermination du Dr N_____. Il s'étonne que ce dernier ne mentionne pas l'état de l'épaule préexistant à l'accident. Certes, l'expert a indiqué que la radiographie de l'épaule gauche du 3 octobre 2003 montrait une sclérose du trochiter avec une toute petite calcification au niveau de l'insertion de la coiffe. Cependant, le dossier de l'assurance-accidents ne comprend pas cette radiographie ni le rapport y relatif. Le Dr O_____ s'est cependant procuré ce rapport du Dr L_____. Or, celui-ci ne mentionne nullement une sclérose et conclut à un début de périarthrite probable. Le Dr O_____ relève en outre que l'assurée s'est plaint depuis l'accident de douleurs à l'épaule gauche et qu'il y a eu un choc évident. Au vu du rapport du radiologue au sujet de la radiographie de l'épaule gauche du 3 octobre 2003, rapport qui fait foi de l'avis du médecin conseil de la caisse, cette épaule était

saine avant l'accident. Ainsi, le Dr O _____ estime que le conflit acromio-claviculaire découle de l'accident.

19. Le 21 mars 2006, la caisse transmet l'avis médical du Dr O _____ à l'assurance-accidents pour détermination.
20. Par décision sur opposition du 2 juin 2006, l'assurance-accidents confirme sa décision précédente, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr N _____, auquel elle attribue une pleine valeur probante.
21. Le 26 septembre 2006, l'assurée interjette recours contre cette décision en concluant implicitement à son annulation, ainsi qu'à la prise en charge des frais médicaux et au paiement des indemnités journalières au-delà du 1^{er} novembre 2004. Elle relève que les Drs M _____ et P _____ contredisent l'expertise du Dr N _____. A l'appui de ses dires, elle joint à son recours copie du courrier du Dr M _____ du 4 septembre 2006 à son mandataire. Dans cette missive, ce médecin déclare :

"L'état antérieur n'intervient pas dans la symptomatologie, dans la mesure où la patiente n'avait :

1. *jamais eu de douleurs auparavant et que*
2. *l'assurance, ni aucun médecin, expert ou conseil, n'est en mesure de dire que l'état de l'épaule avant l'accident aurait conduit à une pathologie ultérieure."*

Il est par ailleurs courant et connu, selon le Dr M _____, qu'un accident tel que celui dont a été victime l'assurée entraîne une inflammation de l'espace sous-acromial qui doit être traitée par acromioplastie.

Quant au Dr P _____, il déclare dans son certificat du 4 septembre 2006 qu'il connaît la patiente depuis début 2003 et confirme qu'aucune pathologie de l'épaule ne semblait exister avant l'accident.

22. Dans sa détermination au recours du 13 octobre 2006, l'intimée conclut au rejet de celui-ci, tout en renvoyant à sa décision sur opposition, en ce qui concerne la motivation.
23. Par courrier du 3 avril 2007, le Dr M _____ confirme au Tribunal de céans la présence d'une sclérose du trochiter et d'une petite calcification de la coiffe sur les radiographies initiales de l'épaule gauche. Il précise qu'il existe une zone de raréfaction osseuse qui augmente le contraste de la sclérose dont l'importance peut être discutée dans cette condition. La sclérose du trochiter et les calcifications ne sont cependant qu'une image radiologique mais ne sauraient impliquer par elles-mêmes un état pathologique. De l'avis de ce médecin, la recourante n'aurait pas

développé, selon toute vraisemblance, une symptomatologie douloureuse et une inflammation de l'espace sous-acromial dès janvier 2004, sans la survenance de l'accident. La relation de causalité naturelle entre les atteintes de l'épaule gauche et l'accident est vraisemblable au degré prépondérant, soit supérieur à 50 %. Se fondant également sur la littérature médicale en la matière, il conteste ainsi les conclusions de l'expertise du Dr N_____.

24. Après avoir donné la possibilité aux parties de se déterminer sur le choix de l'expert et les questions à lui poser, le Tribunal de céans ordonne le 24 juillet 2007 une expertise judiciaire médicale et la confie au Dr Q_____, sous la direction du Pr R_____.
25. Selon le rapport du 2 novembre 2007 des experts précités, la recourante présente une déchirure du ligament collatéral ulnaire de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche, une contusion de l'épaule gauche, un conflit sous-acromial de l'épaule gauche, des troubles dégénératifs du rachis cervical, dorsal et lombaire, une hernie mixte discale et ostéophyttaire C6/C7 gauche et une scoliose dorso-lombaire. L'accident du 2 octobre 2003 est la cause certaine de la contusion de l'épaule gauche. En ce qui concerne le conflit sous-acromial de cette épaule, l'accident en est uniquement la cause possible. L'expertisée présentait par ailleurs une scoliose dorso-lombaire et des troubles dégénératifs cervicaux, dorsaux et lombaires avant l'accident. Le cliché radiographique de l'épaule gauche du 3 octobre 2003 met en évidence une calcification de petite taille en regard du trochiter, ainsi qu'une sclérose de ce dernier pouvant présumer un conflit sous-acromial préexistant. A la question de savoir quand l'expertisée a atteint le statu quo sine, en ce qui concerne l'épaule gauche, les experts répondent ce qui suit (p. 7 et 8):

"Concernant la contusion de l'épaule gauche, l'inflammation consécutive à un accident peut persister pendant plusieurs mois, particulièrement s'il existe des facteurs préexistants comme un conflit sous-acromial, des troubles dégénératifs ou si les mesures antalgiques (physiothérapie, médication, repos) ne sont pas correctement conduites. Le rapport opératoire du Dr M_____ du 11.11.2004, décrit la présence d'un conflit sous-acromial avec volumineuse inflammation de l'espace acromial, pour lequel une acromioplastie est réalisée. La suite de la prise en charge est accompagnée de physiothérapie, avec une évolution a priori favorable subjectivement et objectivement. En admettant une période de rééducation de six mois après l'intervention effectuée au mois de novembre 2004 par le Dr M_____, on peut admettre un statu quo sine de l'épaule gauche pour le mois de mai 2005."

En tenant uniquement compte des atteintes à la santé en relation de causalité certaine ou vraisemblable avec l'accident, soit de la contusion de l'épaule gauche,

ainsi que de la déchirure du ligament co-latéral ulnaire de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce gauche, les experts évaluent la capacité de travail de la recourante à 50 % dans sa profession d'aide soignante. Ils estiment toutefois qu'un bilan complet d'aptitude professionnelle dans un atelier d'ergothérapie serait le meilleur outil d'évaluation possible. Dans une activité adaptée, la capacité de travail est de 100 %, par exemple dans le domaine de la traduction, du secrétariat ou en tant que réceptionniste-téléphoniste. Toute activité ne nécessitant pas d'efforts physiques soutenus ou l'utilisation en force du membre supérieur gauche pourrait convenir. Il n'y a par ailleurs pas d'atteinte à l'intégrité en ce qui concerne l'épaule gauche.

26. Le 4 décembre 2007, la recourante se détermine sur le rapport d'expertise judiciaire. Elle conteste avoir présenté des atteintes préexistantes à l'accident ou des prédispositions constitutionnelles, tout en rappelant qu'elle n'a jamais eu de symptômes douloureux orthopédiques. Elle estime par ailleurs qu'elle ne peut pas exercer l'activité d'aide-soignante qui demande une exigence physique à long terme, tout en admettant pouvoir travailler à 50 % dans une activité adaptée. Cependant, elle souligne qu'elle n'a aucune formation dans les métiers entrant en ligne de compte. Elle fait également observer que les rapports des experts indiquent que l'opération a été effectuée à cause de l'accident.
27. L'intimé a demandé au Dr N_____ un complément d'expertise. Selon le rapport y relatif du 28 janvier 2008, le statu quo sine devrait être admis au moment où la persistance d'une symptomatologie douloureuse et d'une inflammation n'a plus qu'une relation de causalité possible avec l'accident. Il souligne que la seule présence du conflit sous-acromial aurait pu provoquer le même type de symptomatologie et qu'il n'y a aucune raison de penser qu'une contusion simple de l'épaule soit responsable de la persistance d'une symptomatologie d'une inflammation durant plus d'une année. Il persiste ainsi à considérer que le statu quo sine peut être fixé trois mois après l'accident. Il s'étonne par ailleurs que l'instabilité métacarpo-phalangienne du pouce gauche puisse provoquer une incapacité de travail de 50 % dans la profession antérieure d'aide-soignante chez une droitère, même si une telle lésion peut entraîner une diminution effective de la force de serrage et de la pince pouce-index.
28. Par écritures du 30 janvier 2008, l'intimée persiste dans ses conclusions, en se fondant sur l'appréciation médicale du Dr N_____.
29. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 106 LAA et 60 LPGA).
3. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations médicales à partir du 1^{er} janvier 2004 et aux indemnités journalières dès le 31 octobre 2004, en particulier sur le caractère naturel et adéquat du lien de causalité entre l'événement accidentel du 2 octobre 2003 et les atteintes à la santé qui ont persisté au-delà des dates précitées.
4. a) Le droit aux prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence de la causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière

d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3 ; ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2).

b) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident (ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3). Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3 ; RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 nos 3 et 4; DEBRUNNER/RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; MEYER-BLASER, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident.

c) En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) en se fondant sur le critère de la vraisemblance prépondérante. Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 ss., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

5. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

6. En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'expertises par le Dr N_____ et par le Dr Q_____, sous la direction du Pr R_____. Les experts sont d'accord sur les diagnostics, ainsi que sur les lésions préexistantes à l'accident, notamment l'existence d'un conflit sous-acromial de l'épaule gauche. Seul est contesté le statu quo sine, à savoir le moment où la recourante a atteint le même état de santé que si l'accident ne s'était jamais produit. Selon le Dr N_____, ce moment se situe trois mois après la survenance de l'accident, alors que les experts judiciaires sont de l'avis que tel est seulement le cas 6 mois après l'intervention chirurgicale du 11 novembre 2004. A cet égard, ces derniers médecins relèvent qu'une inflammation peut notamment persister pendant plusieurs mois après l'accident s'il existe des facteurs préexistants comme un conflit sous-acromial, des troubles dégénératifs ou si les mesures antalgiques ne sont pas correctement conduites. En ce qui concerne le Dr N_____, il ne semble pas le contester. En effet, dans sa détermination du 11 novembre 2005, il a indiqué qu'un tel état inflammatoire va progressivement s'améliorer, à moins qu'il existe des phénomènes irritatifs mécaniques concomitants, comme un conflit sous-acromial et des troubles dégénératifs préexistants. Or, en l'espèce, la recourante a précisément présenté un conflit sous-

acromial, ce qui explique ainsi la persistance de l'inflammation pendant une longue durée après l'accident. Dans son complément d'expertise du 28 janvier 2008, le Dr N_____ expose que lorsqu'il n'y a pas de lésion anatomique post-traumatique objectivable et qu'une autre pathologie non traumatique, comme un conflit sous-acromial, peut provoquer la même symptomatologie, le lien de causalité est seulement possible, mais non pas vraisemblable. Cependant, compte tenu du fait que l'assurée n'avait au moment de l'accident que 42 ans, qu'elle n'a jamais eu des douleurs avant la survenance de celui-ci et que les signes de dégénérescences étaient débutants, il ne paraît pas convaincant qu'elle aurait, sans l'accident, développé la même symptomatologie seulement trois mois après la survenance de celui-ci, comme l'a déjà relevé le Tribunal de céans dans l'ordonnance d'expertise du 24 juillet 2007. Par conséquent, le Tribunal de céans se rallie en l'occurrence à l'expertise judiciaire, selon laquelle le statu quo sine a été atteint 6 mois après l'intervention chirurgicale, donc approximativement autour du 11 mai 2005, étant rappelé que l'assurance-accidents doit également intervenir lorsqu'un état préexistant a été aggravé par un accident et tant que les atteintes à la santé ne sont pas exclusivement dues à des cause étrangères à l'accident.

Cela étant, il appartiendra à l'intimé de prendre en charge les traitements médicaux relatifs à l'épaule gauche jusqu'à cette date.

7. Se pose également la question de savoir jusqu'à quand les indemnités journalières doivent être versées.

A cet égard, les experts judiciaires ont estimé que la recourante n'avait plus qu'une capacité de travail de 50 % dans son activité d'aide-soignante, en raison des seules lésions consécutives à l'accident. Ils admettent cependant une capacité de travail entière dans une activité adaptée. A cela, la recourante rétorque qu'elle n'a pas de formation dans une autre profession.

Si les experts judiciaires ont conclu à une capacité de travail très restreinte, cela tient essentiellement aux douleurs que la recourante ressent toujours lors de la saisie d'objets, associées à une force diminuée au serrage et à la pince pollicidigitale de la main gauche. Comme le relève cependant le Dr N_____ dans son complément d'expertise, il ne paraît pas vraisemblable qu'une instabilité métacarpo-phallangienne du pouce gauche puisse entraîner une incapacité de travail de 50 % dans la profession d'aide-soignante chez une droitnière. Ainsi, les conclusions du Dr Q_____ et R_____ sur ce point ne convainquent pas le Tribunal de céans. Par conséquent, il y a lieu d'admettre que la recourante présente, pour les seules lésions en lien de causalité avec l'accident, une pleine capacité de travail 6 mois après l'intervention chirurgicale, soit le 11 mai 2005.

Jusqu'à cette date, l'intimée reste toutefois tenue de verser les indemnités journalières, le lien de causalité entre l'incapacité de travail et l'accident étant admis par les experts judiciaires.

8. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 2 juin 2006, en ce qu'elle a refusé à la recourante les prestations pour frais médicaux et les indemnités journalières jusqu'au 11 mai 2005.
4. Condamne l'intimée à prendre en charge les frais médicaux pour le traitement de l'épaule gauche et à verser les indemnités journalières proportionnellement à incapacité de travail attestée jusqu'au 11 mai 2005.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens

de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière:

La Présidente :

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le