REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/880/2007 **ATAS/1119/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 17 octobre 2007

En la cause

Madame S_____, domiciliée , 1217 MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert	recourante

contre

HELSANA ASSURANCES SA, sis Chemin de la Colline 12, 1001 LAUSANNE 9 CHAUDERON	intimé

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame S_____, née le 1951, a travaillé comme concierge auprès de X_____ dès le 1er mai 1987. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de LA SUISSE, société d'assurance contre les accidents, aujourd'hui HELSANA ASSURANCES SA (ci-après l'assureur).

2. Le 7 novembre 2003, l'assurée a été victime d'un accident: elle a glissé sur le côté droit et s'est blessée au genou et à l'épaule droits. Dans son rapport du 20 novembre 2003, le Dr A_____, spécialiste FMH en médecine interne à l'Hôpital de la Tour, médecin traitant, a indiqué que la patiente souffrait d'une périarthrite de l'épaule droite post-accidentelle (coiffe des rotateurs).

3. L'assurée a été en incapacité totale de travail du 7 novembre 2003 au 12 janvier 2004. Auparavant, le 22 juin 2003, elle s'était fracturée le pouce du pied droit suite à un choc direct, suivant les indications du Dr A_____ contenues dans un rapport du 1er décembre 2003. Le cas était clos depuis le 21 juillet 2003. Le Dr A_____ évoquait également la présence d'une périarthrite de l'épaule droite dans le cadre du port de cannes, nécessaires avec la décharge du pied droit.

4. Dans un rapport du 1er mars 2004, le Dr A_____ retient le diagnostic de contusion de l'épaule et du genou droits. Il relève que l'évolution est actuellement bonne avec la physiothérapie et que la durée du traitement nécessité par l'accident s'étend du 7 novembre 2003 au 12 janvier 2004. Il ne fallait pas s'attendre à un dommage permanent.

5. Le 30 août 2004, le Dr A_____ a signalé une bonne évolution, le cas étant terminé pour le genou droit. Il a évoqué à titre de facteur indépendant du traumatisme une poliomyélite de la jambe gauche avec surcharge du genou droit. La patiente était suivie par le Dr. B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour un bilan de poliomyélite.

6. Le Dr B_____, dans un rapport du 20 septembre 2004, a précisé qu'il suivait la patiente à sa consultation depuis le 13 juillet 2004, en raison d'une décompensation post-traumatique sur la base d'une poliomyélite au membre inférieur gauche et d'une spondylolisthésis.

7. Le Dr. C_____ a pratiqué une échographie de l'épaule droite en date du 27 septembre 2004 qui a montré des signes en faveur d'une importante tendinopathie au niveau du sus-épineux et du sous-scapulaire. Le diagnostic différentiel posé était celui d'une rupture non-transfixiante du muscle sus épineux. Il n'y avait pas de signe en faveur d'une boursite sous acromio-deltoïdienne. Le 29 septembre 2004, une infiltration sous-acromiale a été pratiquée avec un effet positif

selon la patiente, mais partielle et transitoire. Les radiographies au niveau de l'épaule, du genou et de la cheville droits n'ont pas montré de lésion osseuse récente.

8. Par courriers des 27 octobre et 18 janvier 2004, l'assureur a mis fin à la prise en charge des suites de l'accident au 1er mars 2004.

9. Le 5 novembre 2004, l'assurée a informé l'assureur que son traitement n'était pas terminé, qu'elle avait dû subir une échographie le 27 septembre 2004, une infiltration à l'épaule droite en date du 29 septembre 2004 et qu'elle était toujours suivie par le Dr A_____.

10. Dans un courrier adressé en date du 28 octobre 2004 à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OCAI), le Dr A_____ a signalé que sa patiente avait été mise en arrêt de travail à 100% de manière définitive dès le 19 octobre 2004 en raison d'une poliomyélite décompensée invalidante. Il signalait que la douleur de l'épaule droite s'était péjorée par le port des cannes, en raison de la poliomyélite, entraînant ainsi une réactivation du syndrome péri-arthritique.

11. Dans deux rapports des 29 mars et 11 avril 2005 adressés au Dr T. B_____, le Dr A_____ a signalé la persistance d'une faiblesse du sus-épineux de l'épaule droite, avec une bonne évolution des douleurs, sur un diagnostic de rupture partielle de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, avec atteinte du sus-épineux.

12. Dans un rapport adressé à l'assureur en date du 1er novembre 2005, le Dr B_____ a indiqué que sa patiente présentait des douleurs sous-acromiales droites, qu'elle ne souhaitait pas entreprendre de traitement chirurgical, préférant se réserver la possibilité d'une infiltration sous-acromiale de temps à autre. Il y avait peu de chances d'observer une amélioration spontanée favorable des suites de sa chute de novembre 2003. Il semblait raisonnable au Dr B_____ que l'assureur accident prenne en charge le problème, étant donné l'absence de plainte et de traitement avant cette chute. Les documents radiologiques n'avaient pas mis en évidence une arthrose importante.

13. L'assureur a mandaté le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour expertise. Dans son rapport du 22 novembre 2005, ce médecin a posé les diagnostics de status deux ans après une contusion du genou droit et une probable rupture du tendon du muscle long chef du biceps droit, dans le cadre d'une tendinopathie dégénérative étendue de la coiffe des rotateurs, une gonarthrose tri-compartimentale droite, un status après fracture du péroné distal gauche et fracture du cinquième orteil droit, traitées conservativement, de graves séquelles de poliomyélite touchant le membre inférieur gauche et, enfin, une spondylolisthésis L5-S1 dans le cadre d'un rachis lombaire dégénératif. En ce qui concerne le genou droit, le Dr D_____ est parvenu à la conclusion que la contusion survenue le

7 novembre 2003 n'a pas produit de lésion anatomique significative, avec un status quo ante retrouvé à l'échéance d'un délai maximal de quatre à six semaines. Il a rappelé en effet que la contusion était survenue dans le cadre d'un genou dégénératif, les radiographies pratiquées en juillet 2004 ayant montré une gonarthrose tri-compartimentale. S'agissant de l'épaule droite, l'événement fut à l'origine d'un craquement de cette épaule, d'un syndrome douloureux et d'une impotence fonctionnelle partielle (manifestement antalgique). Si la mobilité a été rapidement retrouvée, la symptomatologie persiste encore, résistante aux traitements. Dans l'appréciation du cas, l'expert a relevé que le traumatisme subi par la patiente (action vulnérante indirecte après une chute de sa hauteur et réception sur les mains) n'est pas réputé engendrer une lésion déterminante de la coiffe des rotateurs. L'assurée a subi probablement une entorse bénigne de l'épaule et dans ce type de pathologie, le délai de récupération est variable, dépassant toutefois rarement quatre à six semaines. Selon l'expert, l'évolution actuelle était relative aux troubles dégénératifs, soit la gonarthrose droite et l'arthropathie gléno-humérale droite dans le cadre d'une tendinopathie sévère de la coiffe des rotateurs, mais aussi consécutive aux séquelles de la poliomyélite. Une relation de causalité naturelle entre les plaintes / troubles constatés et l'évènement incriminé est tout au plus du domaine du possible, voire exclue. La relation de causalité naturelle entre l'accident et les troubles à l'épaule et au genou droits était toutefois admise jusqu'à environ quatre à six semaines après l'accident du 7 novembre 2003, date de survenance du statut *quo ante/sine*. Selon le Dr D_____, l'accident n'était pas responsable de l'état actuel de la patiente et aucun traitement n'était nécessaire pour les seules suites de l'accident. De surcroît, en l'absence d'une lésion anatomique significative imputable à l'évènement incriminé et responsable de troubles fonctionnels, aucune indemnisation n'était due. L'incapacité de travail à charge de l'assurance-accident ne dépassait pas quatre à six semaines, délai de survenance du statut *quo ante / sine*.

14. Dans un courrier adressé en date du 3 avril 2006 au mandataire de l'assurée, le Dr A_____ a indiqué que l'impotence fonctionnelle de l'épaule avait clairement été causée par l'accident de novembre 2003, qui a consisté en une chute sur le côté droit ayant entraîné une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec impotence fonctionnelle, sous la forme d'un arc douloureux lors de l'élévation du bras. De son point de vue, l'origine accidentelle était retenue quand bien même la patiente présentait quelques signes de lésions ostéo-articulaires pré-existantes, ce qui correspondait également à l'avis du Dr B_____. Il était impossible de déterminer si cet accident avait été le révélateur d'une maladie sous-jacente et il semblait raisonnable de trancher cette question en recourant à une nouvelle expertise. L'impotence n'était pas majeure, mais elle persistait sous la forme de douleurs à la mobilisation. En ce qui concerne la jambe droite, elle a présenté une contusion du genou qui devrait être guérie. Il était fort probable que les problèmes actuels du membre inférieur droit étaient en relation avec une dysfonction dorsale qui relevait de la maladie et n'était pas à charge de l'assurance-accident. Il semblait

que la pathologie actuelle du membre inférieur droit devait être mise en relation avec la maladie de base, à savoir une poliomyélite acquise dans l'enfance.

15. Par décision du 11 avril 2006, l'assureur, se fondant sur les conclusions de l'expertise du Dr D_____ du 22 novembre 2005, a mis un terme à la prise en charge des frais de traitement au 12 janvier 2004.

16. Par acte du 23 mai 2006, l'assurée, représentée par son mandataire, a formé opposition, concluant à l'annulation de la décision entreprise et à la mise en place d'une nouvelle expertise médicale. Elle a produit divers avis médicaux.

17. A la demande de l'assureur, le Dr D_____ a rendu une expertise complémentaire en date du 9 juillet 2006. Après avoir pris connaissance des remarques des Drs A_____ et B_____, il a fait observer que les images radiologiques n'étaient pas les seuls éléments pris en compte dans son appréciation du 22 novembre 2005, mais qu'il s'agissait d'un élément parmi d'autres servant à apprécier la relation de causalité naturelle entre l'évènement du 7 novembre 2003 et la pathologie objectivée au niveau de l'épaule droite. Il a expliqué avoir procédé à une pondération de l'ensemble des éléments qui permettent d'apprécier une relation de causalité naturelle entre un évènement traumatique et une pathologie de la coiffe des rotateurs et, dans le cas de l'assurée, il est parvenu à la conclusion que la relation causale était tout au plus possible. Il a maintenu en conséquence son appréciation du 22 novembre 2005.

18. L'assurée a produit un rapport du Dr A_____ daté du 25 août 2006, qui se déterminait sur l'expertise complémentaire du Dr D_____. Ce médecin estimait que la causalité des évènements ne pouvait pas se résumer à la simple expression de phénomènes douloureux qui étaient variables d'un individu à l'autre. Du fait que l'assurée souffrait depuis longtemps d'une polymyalgie invalidante des membres inférieurs, elle était peu encline à se plaindre de l'apparition d'un problème de santé. L'argumentaire radiologique préexistant de l'épaule ne devait pas servir à réfuter la causalité entre l'accident et l'impotence fonctionnelle de l'épaule droite. Il pouvait tout au plus expliquer les causes qui avaient conduit à une rupture traumatique du tendon, mais ne devait pas se substituer à la causalité des évènements. Il proposait qu'une nouvelle expertise soit organisée pour trancher cette question.

19. L'assureur a soumis cet avis au Dr D_____ qui s'est prononcé dans un deuxième complément d'expertise daté du 17 octobre 2006. Il a complété son explication en indiquant qu'un tendon, même affaibli, parfois grêle, avait toujours une continuité permettant à son muscle d'exercer une fonction, même partielle. Lorsque ledit tendon résiduel se rompait brusquement, il s'ensuivait inévitablement une cessation tout aussi aiguë de la fonction de son muscle. La perte de mobilité qui faisait suite à une rupture aiguë d'un tendon, tendon qui pouvait être sain ou

malade, conduisait généralement à une consultation rapide en raison de l'impotence fonctionnelle, mais également du fait du syndrome douloureux. La consultation était généralement urgente ou semi-urgente, ce qui ne s'était pas produit dans le cas de la patiente. La pondération de ces éléments, couplés d'une part aux constatations radiologiques, d'autre part, à l'âge de la patiente la rendant susceptible de développer une usure de la coiffe, enfin à l'histoire naturelle de la dégénérescence de ladite coiffe, lui avait permis de nier la causalité entre l'évènement du 7 novembre 2003 et la tendinopathie dégénérative étendue de la coiffe des rotateurs constatée, passé un délai de quatre à six semaines après l'accident. Cette analyse de la causalité des évènements ne se résumait donc pas à la simple expression d'un phénomène douloureux comme le soutenait à tort le Dr E_____. Quant à l'impotence fonctionnelle résiduelle de l'épaule, elle était clairement en relation avec une insuffisance chronique de la coiffe des rotateurs chez une patiente qui semblait présenter plusieurs impotences dans le cadre de sa polymyalgie.

20. Le 14 décembre 2006, par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée a produit un rapport du Dr H_____, spécialiste FMH en neurologie, du 2 novembre 2006, qui faisait le point sur l'atteinte neurologique en raison des séquelles de poliomyélite. Ce médecin notait que la patiente se plaignait au surplus de douleurs de l'épaule droite, post-traumatiques.

21. Par décision du 29 janvier 2007, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que selon l'expert, au-delà de la période de quatre à six semaines après l'accident, l'évolution était régie par un état pathologique préexistant, soit dans le cas de précis, une tendinopathie étendue sévère de la coiffe des rotateurs.

22. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée interjette recours en date du 5 mars 2007. Elle conteste les conclusions du Dr D_____ selon lequel le statut *quo ante* aurait été atteint en date du 12 janvier 2004, relevant qu'elle souffre encore au niveau de son épaule droite de l'accident incriminé. Elle se réfère aux conclusions des Dr A_____ et B_____ et propose qu'une nouvelle expertise médicale soit mise en œuvre au niveau de l'épaule droite, qui pourrait être confiée soit au Pr F_____, soit au Dr G_____. La recourante demande préalablement l'audition de ses médecins traitants, ainsi que celle de son mari. Sur le fond, elle conclut à ce que l'assureur soit condamné à prendre en charge les suites de l'accident du 7 novembre 2003, à déterminer le taux d'atteinte à l'intégrité et à lui payer une indemnité à ce titre.

23. Dans sa réponse du 23 avril 2007, l'assureur se réfère aux explications convaincantes de l'expert, selon lesquelles au-delà de la période de quatre à six semaines, l'évolution est régie par un état pathologique préexistant. C'est dès lors à bon droit qu'il a mis fin à sa prise en charge au 1er mars 2004, étant précisé que l'indemnisation des frais de traitement postérieurement au 12 janvier 2004 n'implique en aucun cas une reconnaissance de sa part d'une quelconque obligation

de prise en charge, mais qu'elle s'explique par la durée de l'instruction, en particulier la mise en place de l'expertise. Pour le surplus, les nombreuses pièces médicales au dossier ainsi que les prises de position de l'expert sont suffisantes, de sorte que de nouvelles mesures probatoires ne sont pas nécessaires. L'assureur conclut à l'irrecevabilité du recours et au déboutement de toutes autres ou contraires conclusions.

24. Ces écritures ont été communiquées à l'assurée en date du 23 mai 2007.

25. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (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. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision litigieuse. Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (art. 60 al. 2 LPGA).

   En l'espèce, la décision sur opposition, notifiée au mandataire du recourant en date du 30 janvier 2007, a été reçue par ce dernier le 1er février 2007. Le délai de recours a commencé à courir le 2 février et était échu le samedi 3 mars 2007. Conformément à l'art. 38 al. 3 LPGA, le délai a été reporté au premier jour ouvrable qui suit, soit le lundi 5 mars 2007. Il s'ensuit que le recours a été interjeté en temps utile et dans la forme prescrite (art. 69 B LPA), de sorte qu'il est recevable.

4. Le litige porte sur la question du droit de la recourante à des prestations au-delà du 12 janvier 2004, date à laquelle l'assureur-accidents a mis fin à ses prestations, en

particulier sur le lien de causalité entre les troubles, ainsi que l'incapacité de travail présentés par l'assurée au-delà de cette date et l'accident survenu le 7 novembre 2003.

5. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Cette définition de l'accident étant semblable à celle qui figurait avant l'entrée en vigueur de la LPGA à l'art. 9 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), la jurisprudence rendue sous l'ancien droit demeure pertinente. Il convient de relever que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 233 consid. 1, 121 V 38 consid. 1a et les références). L'assureur-accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1).

   b) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA), le droit à des 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 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. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références).

Par ailleurs, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). 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) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

c) Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2; 405 consid. 2.2; 125 V 461 consid. 5a et les références ; 115 V 405 consid. 4a).

6. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence).

7. Pour pouvoir apprécier la situation, l'administration (ou le juge s'il y a recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

En ce qui concerne par ailleurs la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical soit claire et qu'enfin les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. L'expertise doit donc être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoques aux questions posées. Cela dit, elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, 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 sur-expertise ordonnée par le Tribunal en affirme 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, l'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 118 V 290 consid. 1b ; 112 V 32ss et les références).

En dernier lieu, il sied de rappeler que, selon la jurisprudence constante, il y a lieu d'attacher plus d'importance aux constatations faites par les spécialistes qu'à l'appréciation faite par le médecin traitant (RCC 1988 p. 504).

8. En l'espèce, suite à l'accident du 7 novembre 2003, la recourante a subi une contusion du genou droit et une probable rupture du tendon du muscle long chef du biceps droit.

Il résulte du rapport d'expertise effectuée par le Dr D_____ en date du 22 novembre 2005, ainsi que des compléments d'expertise des 9 juillet 17 octobre

2006, que concernant le genou droit, en l'absence de lésion méniscale ou ligamentaire, de douleur ou d'épanchement, la contusion doit être considérée comme guérie à fin décembre 2003. En effet, il a expliqué que la contusion était survenue dans le cadre d'un genou dégénératif et qu'il était fort probable que les problèmes résiduels du membre inférieur droit étaient en relation avec une dysfonction dorsale, ainsi qu'avec la poliomyélite présente depuis l'enfance, ce que la recourante ne conteste plus.

S'agissant de l'épaule droite, l'expert a relevé que la recourante présente une coiffe des rotateurs insuffisante. Il s'est posé la question de savoir s'il s'agit d'une extension brutale d'une lésion préexistante ou d'une tendinopathie révélée par un traumatisme. Après discussion du cas, il a considéré que la lésion de la coiffe des rotateurs n'est pas imputable à l'accident, dès lors que le traumatisme subi par la recourante, à savoir une action vulnérante indirecte après une chute de sa hauteur et réception sur les mains, n'est pas réputé engendrer une lésion déterminante de la coiffe des rotateurs. En effet, si une déchirure déterminante de la coiffe faisait suite à l'évènement incriminé, on aurait dû observer un phénomène de pseudo-paralysie invalidante et durable de l'épaule, associée à des douleurs marquées initiales, ce qui ne fut pas le cas de la recourante. D'autre part, la lésion intéresse le tendon du muscle sus-épineux, dans le cadre d'une tendinopathie dégénérative étendue de la coiffe des rotateurs, mise en évidence par les images radiologiques, qui avait déjà montré des signes cliniques antérieurs. Pour l'expert, la lésion subie suite à l'accident est probablement une entorse bénigne de l'épaule et il n’est pas exclu que la patiente ait rompu le tendon du muscle, ce qui expliquerait l'impotence fonctionnelle mineure, mais transitoire. Il a ainsi conclu qu'une relation de causalité naturelle entre l'événement accidentel et les troubles constatés pouvait être admis, mais pour une durée limitée de quatre à six semaines, date à laquelle le status quo sine était atteint. Au-delà de cette période, l'évolution est régie par l'état pathologique pré-existant, à savoir la tendinopathie étendue, sévère de la coiffe des rotateurs.

La recourante soutient que les conclusions de l'expertise ne sont pas convaincantes. Elle se réfère aux rapports des Drs H_____, E_____ et B_____ qui considèrent en substance que l'intimé devrait prendre en charge les suites de l'accident ou, à tout le moins, ordonner une nouvelle expertise afin de trancher le dilemme entre la pré-existence de la maladie et l'accident.

S'agissant du Dr H_____, le Tribunal de céans relève que ce médecin, qui a examiné la recourante en raison principalement des troubles du membre inférieur droit et des séquelles de la poliomyélite, ne s'est pas prononcé quant aux lésions de l'épaule, se bornant à mentionner les plaintes de l'assurée à cet égard (douleurs). Quant au Dr B_____, il justifie la prise en charge par l'assureur-accidents essentiellement en raison de l'absence de plainte et de traitement avec la chute. Or, en l'absence d'une réelle motivation ou explication sur la persistance des troubles,

cette affirmation apparaît dictée par le raisonnement *"post hoc, ergo propter hoc"*, auquel le TFA n'accorde aucune valeur probante (cf. ATF 119 V 341, consid. 2b/bb; RAMA 2003 no U p. 359 in fine consid. 3.2). Enfin, l'avis divergent du Dr E_____ ne permet pas au Tribunal de s'écarter de l'expertise du Dr D_____. En effet, le Dr E_____ explique qu'il a clairement décrit une pathologie accidentelle ayant entraîné une impotence fonctionnelle, ajoutant quand bien même la recourante présente comme beaucoup de personnes quelques signes de lésions ostéo-articulaires préexistantes. Plus loin, il admet que l'on retombe dans la rhétorique habituelle de ces cas où il est important de déterminer la prévalence de la maladie sur l'accident.

Or, l'expert a bien discuté le cas, faisant référence à la doctrine médicale; il a expliqué en détail et de façon convaincante dans ses compléments d'expertise comment il était parvenu à ses conclusions, non pas simplement en résumant le cas à la simple expression d'un phénomène douloureux, mais par la pondération de divers éléments, couplées aux constatations radiologiques, à l'âge de la patiente et l'histoire naturelle de la dégénérescence de la coiffe des rotateurs. L'expert s'est prononcé sur la base de l'entier du dossier médical, y compris radiologique. Le Tribunal de céans constate que l'expertise réalisée par le Dr D_____, complétée par deux rapports explicatifs, remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Partant, il n'a aucune raison de s'écarter de ses conclusions, ni d'ordonner une nouvelle expertise.

Pour le surplus, les conclusions de la recourante quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité sont irrecevables, dès lors que l'intimé n'a pas statué.

9. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Sylvie CHAMOUX	Juliana BALDE

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