

GE_GERICHTE A/3678/2009 vom 1. Juni 2010

GE Cour de justice, 2010-06-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3678_2009

FR: GE_GERICHTE A/3678/2009 du 1 juin 2010

IT: GE_GERICHTE A/3678/2009 del 1 giugno 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 01.06.2010
A/3678/2009

A/3678/2009 ATAS/636/2010 du 01.06.2010 (LAA) , REJETE Recours TF déposé le 20.07.2010, rendu le 11.07.2011, ADMIS, 8C_604/2010 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3678/2009 ATAS/636/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 2 du 1^{er} juin 2010 En la cause Madame G_____, domiciliée à VERSOIX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA recourante contre ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise Mythenquai 2, ZURICH, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre VUILLE intimée EN FAIT Madame G_____ (ci-après l'assurée), née en 1946, travaillait depuis 1985 en qualité d'infirmière auprès de la Maison de Retraite X_____. Elle était alors assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès d'ALPINA COMPAGNIE D'ASSURANCES, société reprise par la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES (ci-après l'assureur). Le 1^{er} février 2000, l'assurée, droitrière, a fait une chute à ski et s'est blessée au pouce gauche. Elle a consulté en urgence le Dr L_____ à Wengen, lequel lui a prescrit une attelle d'immobilisation et une incapacité de travail totale a été constatée (rapport initial du 20 février 2000). L'assureur a pris en charge les suites de l'accident. Dès mi-février, l'assurée a présenté un enflement du pouce à la base de l'articulation, des picotements, des fourmillements, des sensations d'engourdissement, une sensibilité diminuée et un manque de force. Les examens ont révélé une atteinte modérée du nerf médian à gauche aux carpes et une rupture du ligament collatéral ulnaire du pouce gauche. Une électroneuromyographie a confirmé une suspicion de diagnostic de tunnel carpien. Le 23 mars 2000, l'assurée a subi une intervention avec suture du ligament collatéral ulnaire, de l'articulation métacarpophalangienne du pouce gauche et une décompression du nerf médian. L'intervention a été suivie d'une immobilisation de quatre semaines et d'une rééducation fonctionnelle dès le mois de mai 2000. L'évolution post-opératoire a été marquée par l'apparition d'une algoneurodystrophie du 1^{er} rayon de la main gauche, traitée par médicament. Une thérapie médicale et de la physiothérapie intensive ont été instaurées, sans succès. Dès le 18 avril 2000, l'assurée a repris le travail à plein temps jusqu'au 29 juin 2000. En raison de la persistance de la symptomatologie douloureuse, l'assurée a consulté le Dr PAPALOIZOS à l'unité de chirurgie de la main des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après les HUG) le 14 juin 2000. Par rapport du 13 juillet 2000, les Drs M_____ et N_____ de la clinique de rééducation des HUG ont diagnostiqué une algoneurodystrophie de la main gauche et un status après suture du ligament collatéral ulnaire de l'articulation métacarpophalangienne du pouce gauche et décompression du nerf médian. A l'examen clinique, ils ont constaté notamment à l'épaule gauche une rotation interne légèrement douloureuse, le reste de la mobilité de l'épaule était indolore avec des

amplitudes normales. Dès le 2 août 2000, l'assurée a repris le travail à 50%. A partir du 28 décembre 2000, elle a été en incapacité de travail totale. Par rapport du 2 octobre 2000, la Dresse O _____ de la clinique de rééducation des HUG a constaté une algoneurodystrophie de la main gauche. Par rapport du 22 janvier 2001, les Dresses P _____ et Q _____ du centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur (HUG) ont diagnostiqué une algoneurodystrophie de Südeck de la main gauche et un épisode dépressif moyen. A l'examen clinique, il y avait une limitation de la mobilité dans tout l'espace de l'épaule gauche avec palpation douloureuse de l'épaule dans son ensemble et du trapèze à gauche et de la colonne cervicale et dorsale haute. Par rapport du 22 juin 2001, le Dr R _____, spécialiste FMH chirurgie de la main, mandaté par l'assureur, a indiqué que les lésions subies à la suite de l'accident sont une entorse grave métacarpo-phalangienne du pouce gauche avec déchirure complète du ligament collatéral cubital, une maladie de Südeck et syndrome épaule/main du membre supérieur gauche, une capsulite rétractile de l'épaule gauche et des troubles fonctionnels majeurs. L'assurée ne peut pas utiliser la main, elle ne peut saisir aucun objet en raison de l'absence complète de pince pouce-index. Aucun facteur étranger à l'accident n'avait d'influence sur l'état de santé de l'assurée, lequel était stabilisé. L'incapacité de travail dans la profession habituelle était totalement justifiée et en relation exclusive avec l'accident et ce définitivement. La causalité avec l'accident était en l'état prouvée. L'atteinte à l'intégrité était de 15% et un recyclage devrait être proposé. A sa demande, une scintigraphie a été effectuée le 22 mai 2001, concluant à une algodystrophie (rapport Dr S _____ du 23 mai 2001). Par rapport du 27 août 2001, le Dr Christian Philippe LE _____, spécialiste en chirurgie de la main, a diagnostiqué une dystrophie sympathique réflexe sévère après suture ligamentaire de la métacarpo-phalangienne du pouce et décompression du tunnel carpien au membre supérieur gauche. Il a constaté notamment que tout le membre supérieur gauche est enraidit, en particulier le coude et l'épaule qui est gelée. Par décision du 8 mai 2002, l'OAI a versé une rente entière d'invalidité à l'assurée dès le mois de juin 2002. Par rapport du 10 juin 2002, le Dr S _____, spécialiste en radiologie, a constaté à la main gauche une arthrose post-traumatique, un stade tardif d'une algodystrophie et l'absence d'anomalie au niveau de l'épaule gauche. Le 10 septembre 2002, une échographie de l'épaule gauche a été effectuée. Par rapport du 12 septembre 2002, le Dr T _____, spécialiste en radiologie, a constaté une algodystrophie de l'épaule gauche (gros œdème de la tête humérale). Il existait également une certaine atrophie du muscle sous-scapulaire. Le 11 décembre 2002, l'assurée a été examinée par le Dr U _____ et le Prof. V _____ au Balgrist à Zürich, lesquels ont proposé la reprise d'investigations et se posaient la question d'une éventuelle mobilisation sous narcose de l'épaule. A la demande de l'assureur, la Dresse W _____, chirurgie de la main, a examiné l'assurée le 27 février 2003. Par rapport du 21 mars 2003, elle a expliqué que l'assurée avait subi une entorse de l'articulation métacarpophalangienne du pouce gauche avec rupture du ligament collatéral cubital. L'évolution immédiate post-traumatique s'est compliquée d'un syndrome du canal carpien dont l'origine traumatique a été reconnue. Dans les suites de l'intervention du 23 mars 2000, l'assurée a développé une algodystrophie de Südeck, diagnostic évoqué par les nombreux médecins consultés. Cette algoneurodystrophie de la main s'est compliquée d'un syndrome épaule-main qui a lui-même évolué vers une capsulite rétractile de l'épaule gauche. Par ailleurs, selon la Dresse W _____, les plaintes correspondaient au status objectif, il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident ayant une influence sur l'état de santé de l'assurée, lequel était stabilisé. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, elle le fixait à

40-45% vu l'amputation fonctionnelle du pouce gauche et l'enraidissement massif de l'épaule gauche. L'assurée a été adressée au Dr A _____, spécialiste FMH en neurologie. Par rapport du 14 avril 2003, il a constaté que l'assurée présente une alogneurodystrophie du membre supérieur gauche, inhabituelle par son caractère chronique. Il n'y avait pas de signe déficitaire à l'examen neurologique. Le 22 avril 2003, une imagerie à résonnance magnétique (ci-après IRM). et des radiographies de l'épaule gauche ont été effectuées. Par rapport du même jour, le Dr B _____, spécialiste FMH en radiologie, n'a constaté aucune anomalie significative objectivable. Toutefois, une capsulite rétractile et une alogneurodystrophie peuvent passer inaperçues et prendre un aspect subtil en IRM. Le 19 août 2003, le Prof. C _____ du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur a procédé à une mobilisation sous narcose de l'épaule. En juin 2004, l'assurée a subi l'implantation d'un neurostimulateur médullaire, lequel a eu très peu d'effets bénéfiques. A la demande de l'assureur, une expertise a été effectuée par les Drs D _____, spécialiste en rhumatologie, E _____, spécialiste en neurologie et F _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, auprès du Centre multidisciplinaire de la douleur (ci-après CMD). Par rapport du 9 mars 2005, les experts ont diagnostiqué une capsulose de l'épaule gauche sévère compliquant une algodystrophie post-traumatique du membre supérieur gauche, un status après distorsion de la MCP du pouce gauche avec lésion du ligament collatéral interne ulnaire du pouce survenue le 1^{er} février 2000 compliquée d'un syndrome du tunnel carpien, un status après suture chirurgicale du ligament collatéral interne du pouce gauche le 23 mars 2000 et cure du tunnel carpien homolatéral, un status après implantation d'un stimulateur intramédullaire cervico-dorsal et une névrose de conversion. Dans leur discussion, les experts ont indiqué que l'assurée présentait une évolution défavorable d'une entorse du pouce gauche survenue en février 2000. A près de cinq ans d'évolution, il existait une impotence fonctionnelle majeure du membre supérieur gauche qu'elle n'utilisait plus et qui restait douloureux. Après la suture ligamentaire faite le 23 mars 2000, il avait été évoqué en phase initiale la possibilité d'une algodystrophie (syndrome douloureux régional complexe) non majeure selon l'étude scintigraphique, mais qui s'était compliquée d'une capsulose à l'épaule. Alors que les rapports initiaux, y compris les scintigraphies laissaient présumer d'une évolution normale, favorable comme c'est habituellement le cas en 6 à 18 mois, il y avait eu une dégradation subjective et fonctionnelle sans que les examens complémentaires n'aient mis en évidence de signe objectif d'aggravation ni une autre maladie. L'examen neurologique était caractérisé par une amyotrophie de la musculature de l'épaule et des muscles intrinsèques de la main gauche sans caractère radiculaire ou tronculaire, en relation avec l'immobilisation antalgique. Sur le plan rhumatologique, les experts ont noté des éléments discordants pour un status d'algodystrophie au stade séquellaire, notamment l'absence de rétraction au niveau de la paume de la main avec absence de flexum des métacarpo-phalangiennes et des interphalangiennes, ce que l'on verrait dans les suites d'algodystrophie sévère du bras. Il existait un flexum du coude qui est en revanche habituel lorsqu'on est fréquemment en position de flexion. En raison des discordances et de l'évolution pour le moins atypique, une scintigraphie osseuse de contrôle a été faite à la demande des experts pour s'assurer de l'absence d'évolution torpide à bas bruit d'une algoneurodystrophie osseuse qui aurait peu de répercussion sur le plan cutané et des rétractions, notamment au niveau de la main. Cet examen, effectué le 27 décembre 2004, a montré une absence de réactivation de l'algodystrophie. La discrète diminution de captation entre les deux côtés n'est pas significative et est plus probablement le reflet de

l'immobilisation que la persistance de l'algodystrophie au stade III à ce délai d'évolution. En résumé, il s'agit d'un status 5 ans après une entorse du pouce, associé à un syndrome du tunnel carpien opéré. L'évolution post-opératoire a été marquée par l'apparition d'une algodystrophie qui est résolue distalement, mais qui a donné lieu à une capsulose sévère de l'épaule. L'impotence fonctionnelle majeure du MSG qui en découle doit être considéré comme étant d'origine psychogène ; la patiente ayant sous-utilisé son bras, le protégeant à l'excès, l'immobilisant, ce qui a été totalement délétère à la récupération. Sur le plan psychique, les experts retiennent l'absence d'une symptomatologie floride, une évolution globale qui a été en s'aggravant. Ils se trouvaient devant un tableau subjectif d'aggravation massive, avec un constat objectif pauvre, une patiente relativement agitée et démonstrative, avec une capacité d'insight pauvre. L'extension de la pathologie somatique bien au-delà de la lésion initiale, en l'absence d'explication somatique objective solide, en association avec le tableau psychique décrit, parle en faveur d'un diagnostic de névrose de conversion. Il n'y a aucune relation de causalité naturelle avec l'accident. En conclusion, la relation de causalité naturelle s'est éteinte, l'influence des facteurs étrangers étant devenus prédominants à 100% (personnalité prémorbide). Il n'y avait pas d'état antérieur, par contre la personnalité prémorbide était responsable de l'évolution actuelle. L'état définitif des suites de l'accident était atteint et il n'y avait pas de dommage permanent. L'incapacité de travail était nulle pour ce qui est des suites de l'accident et totale du point de vue de la maladie. Par rapport du 5 avril 2005, la Dresse H_____ du service de rééducation des HUG a diagnostiqué un syndrome douloureux régional complexe du membre supérieur gauche après opération du ligament collatéral interne du pouce et cure du tunnel carpien gauche. Le 29 avril 2005, les Drs I_____ et J_____ du secteur antalgie interventionnelle des HUG ont écrit à l'assureur. Ils expliquent avoir lu l'expertise et souhaiter apporter des remarques concernant en particulier la question de la causalité naturelle. Ils indiquent que les mécanismes d'algodystrophie, mieux connus sous la terminologie de syndrome chronique douloureux régional sont multiples. Les facteurs attribués à cette maladie sont des réactions excessives à une blessure, des troubles du comportement et des simulation ainsi que des troubles factices. Aujourd'hui, la littérature sur ce type de malades montre des mécanismes périphériques du système nerveux autonome, ainsi que des mécanismes centraux pouvant expliquer le tableau clinique somatique et psychologique trouvé chez l'assurée. En conclusion, il s'agit d'une affection chronique difficile à gérer. Elle est souvent mal comprise et attribuée à des problèmes de comportements, à des troubles psychiatriques, type simulation et à des troubles somatoformes. Le syndrome peut induire une plasticité corticale pouvant se manifester sous forme de troubles moteurs type dystonie fixe. Donc la dystonie de l'assurée attribuée à une capsulose de l'épaule (épaule gelée) peut faire partie de l'évolution naturelle de sa maladie. Les médecins ne pouvaient accepter que la relation entre sa situation actuelle et sa maladie soit éteinte. Par décision du 2 mai 2005, l'assureur a mis un terme au droit aux prestations avec effet au 31 mars 2005 au vu de l'absence du lien de causalité naturelle. L'assurée n'avait aucun droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Le 17 juin 2005, l'assurée s'est opposée à la décision, faisant valoir l'existence d'une atteinte objective ainsi que d'une algoneurodystrophie. Elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise indépendante. Le 29 juin 2005, une IRM de l'épaule gauche a révélé des signes d'une capsulite rétractile. Le 17 janvier 2006, la Dresse K_____, médecin traitant, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique et rééducation, s'est prononcée sur l'expertise. Elle s'est notamment référée au rapport du Dr I_____, lequel n'avait pas nié la douleur à l'origine de la

perte de mobilité, contrairement au Dr F_____. A la demande de l'assureur, l'assurée a été examinée par le Prof. Jean-Charles LA_____, spécialiste en rhumatologie, par le Dr LB_____, spécialiste en psychiatrie et par le Prof. LC_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecins auprès du CHUV. Par rapport du 30 novembre 2006, les experts ont diagnostiqué un enraidissement des articulations du pouce gauche, une absence de mobilité active au pouce gauche, une algodystrophie ancienne du pouce gauche, un enraidissement de l'épaule gauche d'origine non organique et un syndrome de conversion. S'agissant de l'atteinte du pouce gauche, l'accident était une condition sine qua non. Par contre, s'agissant de l'atteinte de l'épaule gauche, il fallait noter qu'elle était survenue plusieurs mois après le traumatisme de la main. Le lien de causalité entre l'atteinte de l'épaule gauche et le traumatisme était donc hautement improbable. Des événements d'origine non organique exerçaient une influence majeure sur l'état de l'assurée. Même si l'assurée avait développé une capsulose de l'épaule gauche dans les suites lointaines du traumatisme (ce qui était hautement improbable car dans le syndrome épaule-main, l'épaule est atteinte dans les jours ou les semaines suivant un traumatisme et non pas des mois plus tard), son épaule aurait dû avoir récupéré pratiquement totalement sa mobilité après un intervalle de vingt-quatre mois au pire. Or, l'ankylose persistait encore après plus de cinq ans chez la recourante. Aucun élément d'ordre organique ne permettait d'expliquer cette pérennité. Quant à l'ankylose du coude gauche, elle était également sans rapport quelconque avec le traumatisme. Elle était la conséquence de la position de rétraction du bras entretenue par le port d'une écharpe et par une position recroquevillée du bras en position de décubitus. Ces facteurs étrangers étaient devenus déterminants une année après l'accident, à un degré de vraisemblance prépondérante. Le statu quo ante aurait dû être rétabli en totalité au début de l'année 2001. Les experts ont ajouté que deux ordres de diagnostics étaient à envisager : une entorse bénigne du pouce gauche, ayant conduit à une suture du ligament collatéral ulnaire de l'articulation métacarpophalangienne du pouce et à une décompression du nerf médian pour un syndrome du canal carpien. Dans les suites, s'était installée une symptomatologie d'algoneurodystrophie du pouce (Dr LD_____ du 24 juillet 2000). Ce diagnostic n'est pas mis en doute. Le deuxième diagnostic était une ankylose de l'épaule gauche, qui est totalement indépendant du problème de la main. En juillet 2000, soit six mois après le traumatisme, il est fait état d'une mobilité légèrement diminuée de l'épaule gauche (rapport du 13 juillet 2000). Dans le rapport du Dr O_____ du 2 octobre 2000, il n'est pas fait mention de douleurs ou de problèmes de l'épaule gauche. Dans le rapport du 22 janvier 2001, il est noté que tout l'espace de l'épaule gauche est douloureux ainsi que la colonne cervicale et dorsale haute (Dr Q_____). Ce n'est que dans le rapport du Dr LE_____ du 27 août 2001 que l'on trouve une notion d'épaule gauche gelée et d'un flexum du coude gauche de 20°. De ce fait, le problème de l'épaule ne peut être rattaché en aucun cas au traumatisme initial vu les longs délais d'apparition. La patiente avait peut-être développé une péri-arthrite scapulo-humérale et une capsulite rétractile au début de l'année 2001 indépendamment du traumatisme initial. Toutefois, l'enraidissement de l'épaule avait évolué de façon parfaitement atypique. Le blocage de l'épaule constaté actuellement ne pouvait pas s'expliquer par les suites d'une capsulite ou d'une capsulose rétractile. La seule explication est qu'il s'agissait d'un syndrome de conversion. Un problème d'ordre psychologique ou psychiatrique était donc très vraisemblablement en cause. Le long délai entre l'algodystrophie du pouce et l'enraidissement de l'épaule allait donc à l'encontre d'un syndrome épaule-main, diagnostic qui a été mentionné toutefois à plusieurs reprises dans

les rapports. S'agissant de l'algodystrophie « résiduelle » de la main gauche, il n'y avait pas de trouble trophique de la main hors une amyotrophie de l'éminence thénar par manque d'usage. Pour plusieurs raisons, on pouvait aussi mettre en doute l'origine organique de l'enraidissement du pouce. S'agissant de la capacité de travail, au vu de l'installation d'une probable algodystrophie limitée au pouce gauche, l'incapacité de travail dans les suites de l'accident qui s'est maintenue à 50% jusqu'en décembre 2000, aurait dû être de 0% ensuite en ce qui concerne les suites de l'accident. Actuellement, il n'y a pas à envisager d'incapacité de travail quelconque en ce qui concerne les suites de l'accident. L'incapacité de travail pour les problèmes de la main, de l'épaule et du coude gauche ne peut donc être aucunement attribuée aux suites de l'accident. L'origine était donc malade (syndrome de conversion). L'état final, sur le plan des suites de l'accident, pouvait être daté de décembre 2000. Enfin, il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité physique liée à l'accident. Par courrier du 31 janvier 2007, l'assurée a contesté les conclusions du rapport établi par les médecins du CHUV. Elle a demandé que soit mise en œuvre une nouvelle expertise. Le Dr S_____, radiologue, a constaté par rapport du 28 août 2007 une ostéopénie sévère touchant l'ensemble de l'épaule gauche et en particulier la tête humérale, pouvant être en rapport avec un stade tardif d'algoneurodystrophie. Par courrier du 2 novembre 2007, l'assurée a adressé à l'assureur, un rapport de scintigraphie osseuse du 25 mai 2007, un rapport du Prof. V_____ du 21 août 2007, du Dr S_____ du 28 août 2007, et un rapport du 3 décembre 2007 du Dr LF_____, spécialiste FMH en médecine physique, rééducation et maladies rhumatismales. A la demande de l'assurée, le Prof. LF_____ a établi un rapport d'expertise daté du 18 décembre 2007. Il a posé les diagnostics d'une algodystrophie du membre supérieur gauche et d'une dépression. Selon lui, il ne fait aucun doute que l'accident du 1^{er} février 2000 représente le « primum movens » de l'algodystrophie apparue à ce moment. L'atteinte de l'épaule gauche a suivi, même si elle est survenue un peu plus tardivement et représente le syndrome classique de l'algodystrophie ou syndrome épaule/main. L'assurée présentait donc une algodystrophie due à son accident et des suites de celui-ci. Par complément d'expertise du 31 janvier 2008, les experts du CHUV se sont prononcés sur le rapport de scintigraphie du 25 mai 2007, sur le courrier du Prof. V_____ du 21 août 2007, sur le rapport du Dr S_____ du 28 août 2007 et sur l'avis du Dr LF_____. Les experts ont maintenu les diagnostics posés le 30 novembre 2006, rappelant que l'enraidissement de l'épaule gauche n'est pas considéré comme la suite d'une algodystrophie post-traumatique en rapport avec l'accident. De même pour l'enraidissement du coude gauche. L'absence de mobilité active des articulations a été considérée comme la conséquence probable d'un syndrome de conversion. Sous narcose, l'abduction se faisait presque en totalité (rapport du Prof C_____ du 28 août 2003). S'agissant de la main gauche, la déformation observée actuellement ne correspond pas à ce qui se voit dans une main algodystrophique au stade terminal. Les experts relèvent que le Dr R_____, dans son rapport du 22 juin 2001, avait déjà noté que le pouce gauche, fixé en adductus, sans aucune mobilité, se présentait « de manière peu explicable ». Ainsi, l'aspect clinique de la main de l'assurée ne correspondait pas du tout à celle décrite dans la littérature de l'algodystrophie. Par rapport du 4 mars 2008, le Prof. LF_____ a complété son expertise. Il se réfère à une hospitalisation à Beau-Séjour le 4 juillet 2000 où le Dr M_____ note une légère douleur de l'épaule gauche. Il relève que seuls les Prof. LC_____ et LA_____ pensent que le problème de l'épaule gauche n'est pas lié à une algodystrophie. Selon lui, le problème d'impotence fonctionnelle et de douleurs de l'épaule gauche représente de toute

manière une conséquence du traumatisme primaire qui a provoqué une algodystrophie et est donc bien en rapport avec l'accident du 1^{er} février 2000. Le 15 mai 2008, une arthro-IRM de l'épaule gauche a révélé des signes d'une importante capsulose rétractile (rapport du Dr LG _____). A la demande de l'assureur, les experts du CHUV ont réexaminé l'assurée. Par avis du 26 juin 2008, les experts ont diagnostiqué une ankylose du pouce gauche pouvant avoir fait suite à une algodystrophie post-traumatique et post-chirurgicale en 2000 du pouce gauche et une ankylose de l'épaule gauche et du coude gauche, sur la base d'un syndrome de conversion. Les ankyloses du coude et de l'épaule semblent bien s'être constituées à la suite du maintien d'une immobilisation du bras. La mobilité de l'épaule était normale le 13 juillet 2000. Une ankylose de l'épaule n'a été signalée que bien plus tard en 2001, des mois après l'opération du pouce. En outre, l'absence d'atrophie musculaire significative sur les IRM du 22 avril 2003, 29 juin 2005 et 15 août 2008 parle nettement contre une atteinte organique de l'épaule gauche. Les éléments paracliniques ainsi que l'examen clinique ancien et actuel révèlent donc une atteinte parfaitement atypique pour une algodystrophie du membre supérieur. Cela faisait rejeter, au Prof. LA _____ et au Prof. LC _____, actuellement comme en 2006, ce diagnostic. On ne pouvait d'ailleurs pas expliquer que la patiente épile son creux axillaire gauche si elle ne parvient à faire aucun mouvement d'abduction de l'épaule, ni le fait qu'il n'y ait pas de lésions cutanées de macération de ce creux axillaire. La surcharge fonctionnelle paraissait prédominante. On devait admettre qu'un syndrome de conversion s'était développé entraînant une immobilisation prolongée auto-entretenu, laquelle doit être rendue responsable d'une ankylose de l'épaule et du coude et probablement du pouce. Les experts rappellent que l'algodystrophie du membre supérieur ne correspond pas du tout au tableau clinique de l'assurée. D'abord, dans les ouvrages de la littérature rhumatologique, les plaintes sont décrites comme survenant presque simultanément à la main et à l'épaule. Le coude est très rarement atteint et il ne présente pas de flexum. En outre, l'algodystrophie répond relativement bien aux traitements. La mobilisation sous narcose de l'épaule a montré que la mobilité était peu réduite. Et quelques jours plus tard, l'ankylose s'était à nouveau rétablie en totalité, ce qui peut paraître bien inhabituel. L'aspect de la main gauche ne correspond pas à une algodystrophie séquellaire dans le cadre d'un syndrome épaule-main, puisque les doigts longs sont parfaitement extensibles chez l'assurée. De plus, l'absence de mobilité de la zone de glissement musculaire scapulo-thoracique telle qu'elle s'observe chez l'assurée n'a jamais été décrite dans aucune traité de la littérature sur l'algodytrophie. Ils rappellent que ce n'est qu'en janvier 2001 et en août 2001 qu'une ankylose de l'épaule gauche est mentionnée (Drs Q _____ et LE _____). A la demande des experts, le Dr LH _____ du service de radiodiagnostic du CHUV, s'est prononcé sur l'IRM du 15 mai 2008 du Dr LG _____. Il conclut à l'absence de signe osseux d'algodystrophie. L'atrophie musculaire modérée est parfaitement incompatible avec une immobilisation de plusieurs années de l'épaule. Dans ce cas, on observerait une atrophie musculaire totale, ce qui n'est pas le cas chez la patiente. Les experts, en se référant à des ouvrages médicaux, quant aux éléments cliniques et d'imagerie en cas d'algoneurodystrophie constatent que le tableau présenté par l'assurée ne correspond pas du tout aux descriptions de la littérature. Les références du Dr J _____ visent essentiellement à expliquer les états douloureux chroniques, difficiles à évaluer sur le plan objectif, mais éventuellement quantifiables par des techniques d'imagerie cérébrales. Les experts maintiennent donc les diagnostics de 2006 en écartant de façon certaine un quelconque lien entre l'accident du pouce, l'opération du pouce et l'évolution ultérieure.

Celle-ci demeure totalement atypique s'agissant de l'ankylose de l'épaule et du coude. Aucun des travaux cités par J _____ ou le Prof. LF _____ semblent permettre d'aller à l'encontre de cette conclusion. En outre, selon les experts, des éléments objectifs permettent d'écarter de façon péremptoire une algodystrophie du membre supérieur gauche : le maintien d'une trophicité musculaire pratiquement normale à l'épaule gauche (examens IRM), la persistance d'un flexum irréductible du coude gauche avec maintien d'une pro-supination, l'absence de rétraction en flexion des doigts longs de la main gauche et l'absence sur les divers clichés radiographiques d'une image de déminéralisation mouchetée. Par rapport du 30 juin 2008, le Prof. LC _____ du CHUV a complété son expertise sur le plan orthopédique. Il partageait l'avis du Prof. LA _____. Une scintigraphie osseuse du 24 novembre 2008 a confirmé la présence d'une algoneurodystrophie du membre supérieur gauche en phase atrophique compte tenu de l'immobilisation. Par rapport du 26 janvier 2009, le Dr LF _____ a contesté l'avis des experts, en faisant valoir que du point de vue clinique, l'état du membre supérieur gauche de l'assurée correspond à la fois aux critères du CRPS et à la description reprise dans la littérature rhumatologique. Il rappelle que les scintigraphies ont toutes montré des signes constants d'algodystrophie. Il indique que le Prof. LI _____ a mis en évidence sur l'arthro-IRM une atrophie musculaire de l'épaule gauche, alors que les experts affirmaient le maintien d'une trophicité musculaire pratiquement normale de celle-ci. Il est incontestable que l'assurée présente tous les signes d'une CRPS rebelle. L'état dépressif léger est à l'évidence réactif à ce syndrome douloureux chronique. Il a joint un rapport établi le 10 novembre 2008 par le Prof. LI _____, analysant les radiographies du 10 août 2007 et l'arthro-IRM du 15 mai 2008. Il conclut à l'impossibilité de quantifier une éventuelle ostéoporose de l'épaule gauche, le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule gauche est à mettre en doute. Enfin, il y avait une atrophie musculaire plurifocale d'origine indéterminée. Par rapport du 22 juillet 2009, les experts du CHUV ont écarté les conclusions du Dr LF _____. Ils rappellent que les IRM du 29 juin 2005 et du 15 mai 2008 n'ont pas constaté d'atrophie musculaire. Le Dr LH _____ a également confirmé l'absence d'atrophie musculaire sur l'IRM du 15 mai 2008. Enfin, le diagnostic d'algoneurodystrophie post-traumatique avait été écarté également par les experts du CMD. Par décision sur opposition du 10 septembre 2009, l'assureur a confirmé sa position. Il a rappelé avoir pris en charge jusqu'au 31 mars 2005 les conséquences de l'accident du 1^{er} février 2000. Tant les experts du CMD que ceux du CHUV avaient considéré que le lien de causalité naturelle entre les plaintes et l'accident avait disparu, l'influence des facteurs étrangers étant devenue prédominante à 100%. Par acte du 12 octobre 2009, l'assurée, représentée par Maître POGGIA, a interjeté recours contre la décision concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité dès le 1^{er} avril 2005. Elle fait valoir que tous les médecins consultés ont confirmé le lien de causalité entre les affections dont elle souffre et l'accident du 1^{er} février 2000, ainsi que la nature physique de celles-ci. Elle est d'avis que l'expertise CMD n'a pas été établie dans un état d'esprit impartial. Elle fait valoir par ailleurs que la seconde expertise se fonde principalement sur le rapport CMD, qu'elle contient des inexactitudes de faits (telle la date de l'apparition des douleurs à l'épaule gauche, qui ont en réalité débuté au mois de mai 2000). Selon la recourante, l'intimée n'a pas apporté la preuve de la suppression de la causalité naturelle entre les affections actuelles et l'accident du 1^{er} février 2000. Par réponse du 18 janvier 2010, l'intimée, représentée par Maître Pierre VUILLE, conclut au rejet du recours. Elle fait valoir que l'existence d'une atteinte à l'épaule gauche n'est pas contestée, toutefois cette

atteinte n'a pas de lien avec l'accident du 1^{er} février 2000. Par ordonnance du 5 février 2010, le Tribunal de céans a requis l'apport du dossier AI de la recourante. Le 11 février 2010, l'Office de l'assurance-invalidité a produit le dossier de la recourante. Par pli du 6 avril 2010, la recourante a expliqué que le dossier AI attestait de la réalité de son invalidité. Elle a joint copie de son certificat de travail ainsi qu'un rapport établi le 15 mars 2010 par le Dr C _____, faisant état de séquelles d'une algodystrophie sévère. Selon la recourante, l'affection dont elle souffre est incontestablement la conséquence de l'accident. Par courrier du 15 avril 2010, l'intimée a indiqué que le dossier AI n'apportait pas de nouveaux éléments pertinents pour le litige. Elle persiste dans ses conclusions. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimée à partir du 1^{er} avril 2005, plus particulièrement sur le lien de causalité entre les troubles et l'accident du 1^{er} février 2000. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Il s'éteint également si l'incapacité de travail subsiste, mais qu'elle n'est plus en relation de causalité avec une atteinte à la santé d'origine accidentelle (ATFA non publié U 193/03 du 8 octobre 2004, consid. 3). Le droit à l'indemnité suppose, cumulativement, l'existence d'un lien de causalité naturelle (ATF 129 V 181 consid. 3.1 et les références) et adéquate (ATF 129 V 181 consid. 3.2 et la référence) entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé. Le point de savoir si et dans quelle mesure une atteinte à la santé imputable à un accident a causé effectivement une incapacité de travail (ou de gain) donnant droit à des prestations, doit être tranché selon la règle de la vraisemblance prépondérante, usuelle en droit des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b). 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 dans le cas particulier, 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). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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. 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb; ATFA du 14 février 2006, U 351/04, consid. 3.2). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 264). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2). 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 LPG), 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office de l'assurance-invalidité (ATF 125 V 351 ; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03 consid. 3.1). Enfin, le juge des assurances sociales 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). En l'espèce, deux expertises ont été effectuées à la demande de l'intimée. a) Par rapport du 9 mars 2005, les Drs D_____, spécialiste en rhumatologie, E_____, spécialiste en neurologie et F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie auprès du CMD, ont diagnostiqué une capsulose de l'épaule gauche sévère compliquant une algodystrophie post-traumatique du membre supérieur gauche, un status après distorsion de la MCP du pouce gauche avec lésion du ligament collatéral interne ulnaire du pouce survenue le 1.2.2000 compliquée d'un syndrome du tunnel carpien, un status après suture chirurgicale du ligament collatéral interne du pouce gauche le 23 mars 2000 et cure du tunnel carpien homolatéral, un status après implantation d'un stimulateur intramédullaire cervico-dorsal et une névrose de conversion. Selon les experts, à près de cinq ans d'évolution, il existait une impotence fonctionnelle majeure du membre supérieur gauche que la recourante n'utilisait plus et qui restait douloureux. Après la suture ligamentaire faite le 23 mars 2000, il avait été évoqué en phase initiale la

possibilité d'une algodystrophie (syndrome douloureux régional complexe) non majeure selon l'étude scintigraphique, mais qui s'était compliquée d'une capsulose à l'épaule. Alors que les rapports initiaux, y compris les scintigraphies laissaient présumer d'une évolution normale, favorable comme c'est habituellement le cas en 6 à 18 mois, il y avait eu une dégradation subjective et fonctionnelle sans que les examens complémentaires n'aient mis en évidence de signe objectif d'aggravation ni une autre maladie. L'extension de la pathologie somatique bien au-delà de la lésion initiale, en l'absence d'explication somatique objective solide, en association avec le tableau psychique décrit, parle en faveur d'un diagnostic de névrose de conversion. Il n'y avait aucune relation de causalité naturelle avec l'accident. Le Tribunal de céans constate que les experts ont rédigé leur rapport après avoir étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes de la recourante et procédé à des examens cliniques. En outre, le rapport ne contient pas de contradictions. Par conséquent, les conclusions procèdent d'une analyse complète de l'ensemble des circonstances déterminantes ressortant de l'anamnèse, du dossier médical et de l'examen de sorte que leur rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante. La recourante fait valoir que l'expertise aurait été menée sur un ton agressif, notamment par le Dr F_____. Le Tribunal de céans rappellera que l'impartialité subjective se présume jusqu'à preuve du contraire (AUER/MALINVERNI/ HOTTELIER, Droit constitutionnel suisse, vol. II : Les droits fondamentaux, Berne 2000, p. 579 ch. 1205) de sorte qu'il ne suffit pas à la recourante d'alléguer un manque d'objectivité puisque la jurisprudence exige l'établissement de faits qui justifient objectivement la méfiance. Or, aucun élément ressortant des pièces versées à la procédure ne permet de conclure au manque d'objectivité et à la partialité des experts. b) Par rapport du 30 novembre 2006, les Drs LA_____, spécialiste en rhumatologie, LB_____, spécialiste en psychiatrie, et LC_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecins auprès du CHUV, ont diagnostiqué un enraidissement des articulations du pouce gauche, une absence de mobilité active au pouce gauche, une algodystrophie ancienne du pouce gauche, un enraidissement de l'épaule gauche d'origine non organique et un syndrome de conversion. S'agissant de l'atteinte du pouce gauche, l'accident était une condition sine qua non. Par contre, s'agissant de l'atteinte de l'épaule gauche, il fallait noter qu'elle était survenue plusieurs mois après le traumatisme de la main. Le lien de causalité entre l'atteinte de l'épaule gauche et le traumatisme était donc hautement improbable. Des événements d'origine non organique exerçaient une influence majeure sur l'état de l'assurée. Même si l'assurée avait développé une capsulose de l'épaule gauche dans les suites lointaines du traumatisme (ce qui était hautement improbable car dans le syndrome épaule-main, l'épaule est atteinte dans les jours ou les semaines suivant un traumatisme et non pas des mois plus tard), son épaule aurait dû avoir récupéré pratiquement totalement sa mobilité après un intervalle de vingt-quatre mois au pire. Or, l'ankylose persistait encore après plus de cinq ans chez la recourante. Aucun élément d'ordre organique ne permettait d'expliquer cette pérennité. Quant à l'ankylose du coude gauche, elle était également sans rapport quelconque avec le traumatisme. Elle était la conséquence de la position de rétraction du bras entretenue par le port d'une écharpe et par une position recroquevillée du bras en position de décubitus. Ces facteurs étrangers étaient devenus déterminants une année après l'accident, à un degré de vraisemblance prépondérante. Le statu quo ante aurait dû être rétabli en totalité au début de l'année 2001. Par complément d'expertise du 31 janvier 2008, les experts ont maintenu les diagnostics posés le 30 novembre 2006, rappelant que l'enraidissement de l'épaule gauche n'est pas considéré comme la suite d'une algodystrophie post-traumatique

en rapport avec l'accident. De même pour l'enraidissement du coude gauche. L'absence de mobilité active des articulations a été considérée comme la conséquence probable d'un syndrome de conversion. Enfin, par avis du 26 juin 2008, les experts du CHUV ont écarté de façon certaine un quelconque lien entre l'accident du pouce, l'opération du pouce et l'évolution ultérieure. Celle-ci demeure totalement atypique s'agissant de l'ankylose de l'épaule et du coude. Le Tribunal de céans constate que les experts ont établi leurs rapports après avoir examiné à plusieurs reprises la recourante, procédé à une étude du dossier asséurologique et radiologique, tenu compte des plaintes exprimées par la recourante ainsi que de l'anamnèse, de sorte que les rapports d'expertises remplissent les divers critères permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante. En définitive, les experts du CMD et du CHUV parviennent à des conclusions concordantes quant à l'absence de causalité naturelle entre les troubles présentés par la recourante dès 2005 et l'accident survenu le 1^{er} février 2000. Il convient encore d'examiner si les rapports versés au dossier font état d'éléments objectifs dont les experts n'auraient pas tenu compte. La recourante fait valoir, dans son acte de recours, que tous les médecins consultés auraient confirmé le lien de causalité entre les affections dont elle souffre et l'accident du 1^{er} février 2000. Or, contrairement à ce que laisse entendre la recourante, seul le Dr LF _____ a apprécié la question litigieuse du lien de causalité naturelle entre l'accident du 1^{er} février 2000 et les troubles présentés par la recourante à compter de 2005. Les autres praticiens ne se sont en effet pas prononcés sur cette question, étant précisé que les Drs I _____ et J _____ ont uniquement apprécié la relation entre la situation de la recourante et sa maladie (rapport du 29 avril 2005, dernière phrase). Selon le Dr LF _____, spécialiste FMH en médecine physique, rééducation et maladies rhumatismales, la recourante présente une algodystrophie due à l'accident et aux suites de celui-ci. Il rappelle que le Dr M _____ avait constaté une légère douleur à l'épaule en juillet 2000. Enfin, selon le Dr LF _____, toutes les scintigraphies avaient montré des signes constants d'algodystrophie (rapports des 18 décembre 2007 ; 4 mars 2008 et 26 janvier 2009). Les experts du CHUV se sont prononcés sur l'appréciation du Dr LF _____ et l'ont écartée, de manière convaincante, dans leur rapport des 26 juin 2008 et 22 juillet 2009. Ils ont notamment expliqué que les éléments paracliniques et les examens cliniques révèlent une atteinte parfaitement atypique pour une algodystrophie du membre supérieur. Si, en juillet 2000, une épaule légèrement douloureuse était signalée, ce n'est qu'en janvier 2001 et en août 2001 qu'une ankylose de l'épaule gauche était mentionnée par les Drs Q _____ et LE _____. A cet égard, le Tribunal de céans relèvera que l'on ne saurait suivre la recourante lorsqu'elle fait valoir que les douleurs à l'épaule seraient apparues au mois de mai 2000, alors qu'aucun rapport n'en fait état à cette date-là. Les experts ont ajouté que des éléments objectifs permettent d'écarter, quoi qu'il en soit, de manière péremptoire, une algodystrophie du membre supérieur gauche : le maintien d'une tonicité musculaire pratiquement normale à l'épaule gauche, la persistance d'un flexum irréductible du coude gauche avec maintien d'une pro-supination, l'absence de rétraction en flexion des doigts longs de la main gauche et l'absence sur les divers clichés radiographiques d'une image de déminéralisation mouchetée (rapport d'expertise du 26 juin 2008). Enfin, on ajoutera que parmi les experts du CHUV qui ont examiné la recourante figure le Dr LC _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel est incontestablement mieux à même d'apprécier le caractère traumatique ou non des troubles au membre supérieur gauche de la recourante que le Dr LF _____ dont la spécialité est la médecine physique et les maladies rhumatismales.

Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était fondée à nier l'existence d'une relation de causalité naturelle entre les plaintes de la recourante persistant après le 31 mars 2005 et l'accident du 1^{er} février 2000. Le recours doit par conséquent être rejeté. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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 ; RS 173.110); 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 Florence SCHMUTZ La présidente Sabina MASCOTTO La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.