

GE_GERICHTE A/4134/2006 vom 18. Oktober 2007

GE Cour de justice, 2007-10-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4134_2006

FR: GE_GERICHTE A/4134/2006 du 18 octobre 2007

IT: GE_GERICHTE A/4134/2006 del 18 ottobre 2007

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 18.10.2007
A/4134/2006

A/4134/2006 ATAS/1136/2007 du 18.10.2007 (LAA), ADMIS En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4134/2006
ATAS/1136/2007 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 3 du 18 octobre 2007 En la cause Madame O _____, domiciliée
, GENEVE, représentée par Madame Véronique MEICHTRY, CAP Protection juridique
S.A. recourante contre LA BALOISE COMPAGNIE D'ASSURANCES, sise
Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Christian GROSJEAN intimée EN FAIT Mme O _____ (ci-après : l'assurée), née le 5
décembre 1979, a été engagée le 1er octobre 2003 en qualité de serveuse-vendeuse dans une
boulangerie pour le compte de la société X _____ S.A. A ce titre, elle était assurée
pour les accidents professionnels et non professionnels par LA BALOISE
COMPAGNIED'ASSURANCES (ci-après : l'assureur, pièce 1 intimée). En date du 15 avril
2004, l'assurée a glissé en sortant du travail. Le lendemain, elle a consulté les urgences des
(ci-après : "établissement hospitalier") en raison d'une bosse sur son épaule droite (pièce 9
intimée). Le 20 avril 2004, l'assurée a consulté le Dr A _____, spécialiste en
médecine générale et médecin traitant. Le 27 avril 2004, l'employeur de l'assurée a annoncé
l'accident à l'assureur, en mentionnant que l'assurée s'était blessée à l'épaule droite et qu'elle
était en incapacité totale de travail (pièce 1 intimée). Le Dr A _____ a indiqué à
l'assurance que sa patiente avait fait une chute sur glissade dans la rue en sortant du travail,
avec réception sur l'épaule droite. Il a précisé que l'assurée présentait un trouble de la
mobilité de l'épaule droite depuis l'enfance. Il a constaté une impotence fonctionnelle quasi
totale de l'épaule droite et des douleurs à la palpation de l'acromion. Selon lui, l'incapacité
de travail était totale depuis le 20 avril 2004 et pour une durée indéterminée. La durée du
traitement était à revoir après un avis orthopédique (pièce 4 intimé). Par plis du 3 mai 2004,
l'assureur a sollicité de l'assurée et du Dr A _____ des renseignements
complémentaires (pièce 9 intimée). En date du 7 mai 2004, le Dr A _____ a
expliqué que dans le déroulement de l'accident, l'assurée, en chutant sur l'épaule droite par
glissade, s'était retenue avec le bras gauche, dont elle ne s'était pas plainte tout de suite. Il a
indiqué qu'après la première consultation, la patiente s'était plainte également de l'épaule
gauche, minimisée par lui et par le Dr B _____ (spécialiste orthopédique). Or, à
l'examen on notait une « touche de piano » au niveau de l'articulation acromio-claviculaire
gauche, témoignant objectivement d'une luxation acromio-claviculaire gauche par
cisaillement probable. Il précisait que des radiographies fonctionnelles étaient en cours pour
juger de la gravité de l'atteinte capsulo-ligamentaire (pièce 8 intimée). Le 12 mai 2004,
l'assurée a complété le questionnaire sur le déroulement des faits. Elle a indiqué: "je suis
partie le 15 avril 2004 à 19h00 et en sortant de la porte du magasin j'ai glissé à cause de la

poussière des travaux qu'ils faisaient dans le magasin" . S'agissant du mécanisme exact et détaillé de l'événement, elle a mentionné: "je suis sortie de mon travail un peu pressée et j'ai glissé sur les talons" . Elle a précisé en outre: "en glissant j'ai fait des efforts sur mes bras et j'avais mal. Vendredi en travaillant, j'avais de plus en plus mal et mes collègues m'ont avertie d'une bosse que j'avais sur mon épaule droite (pièce 9 intimée). Dans un rapport du 27 mai 2004, le Dr B _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué notamment que l'assurée présentait une contusion sous-acromiale à l'épaule gauche (pièce 10 intimée). Le 10 juin 2004, le Dr A _____ a informé l'assureur que l'incapacité de travail était toujours totale (pièce 13 intimée). A la demande du Dr C _____, une arthro-IRM de l'épaule gauche a été effectuée. Il résulte du rapport établi le 12 juillet 2004 par le Dr D _____, l'absence d'argument en faveur d'une rupture tendineuse (pièce 15 intimée). Dans son rapport du 21 septembre 2004, le Dr A _____ a indiqué à titre de diagnostics, une contusion à l'épaule droite au décours ainsi qu'une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche avec luxation acromio-claviculaire gauche grade III. La prise en charge orthopédique de l'épaule gauche était effectuée par le Dr C _____, lequel avait proposé une reprise du travail à 50 % dès le 1er octobre 2004. Une hospitalisation n'était, en l'état, pas prévue. Un essai de reprise de travail allait être effectué à 50 % et si les douleurs récidivaient rapidement, une intervention chirurgicale devrait alors être envisagée (pièce 17 intimée). En raison de la persistance des douleurs à l'épaule gauche, le Dr C _____ a fait procéder, le 28 janvier 2005, à une arthroscopie diagnostique qui a confirmé une instabilité antérieure de l'épaule gauche. Une stabilisation antérieure selon Bankart était à prévoir (pièces 20 et 21 intimée). L'intervention chirurgicale de stabilisation de l'épaule gauche de l'assurée a été effectuée le 29 mars 2005. Il résulte du rapport daté du 12 avril 2005 établi par les Drs E _____, F _____ et C _____, médecins auprès du Département de chirurgie des "établissement hospitalier", que l'assurée a été hospitalisée du 28 mars au 4 avril 2005. Les diagnostics posés sont: une luxation antéro-interne récidivante de l'épaule gauche, un status post arthroscopie diagnostique de l'épaule gauche en janvier 2005 et un status post réduction mammaire bilatérale en 2002. Les suites opératoires étaient simples et afébriles. L'assurée devait poursuivre la physiothérapie de mobilisation et porter un gilet orthopédique (pièces 23 et 24 intimée). Dans un rapport du 25 juillet 2005, le Dr C _____ a indiqué que l'assurée se plaignait toujours de douleurs au niveau de son épaule gauche, raison pour laquelle un CT avait été effectué le 19 juillet 2005. Les diagnostics posés étaient une luxation antéro-interne récidivante à l'épaule gauche et un status post arthroscopie diagnostique en janvier 2005. Le traitement en cours consistait en des séances de physiothérapie et l'incapacité de travail était totale du 27 mars au 1er septembre 2005 (pièce 27 intimée). Dans un rapport du 27 juillet 2005, le Dr A _____ a confirmé l'évolution défavorable. Les douleurs persistaient malgré l'intervention (pièce 28 intimée). Dans son rapport du 15 août 2005, le Dr C _____ a rappelé que l'assurée avait eu une arthroscopie diagnostic de l'épaule gauche en janvier 2005, qui avait mis en évidence une instabilité majeure de l'épaule. Les suites de l'intervention chirurgicale effectuée le 29 mars 2005 étaient caractérisées par l'apparition d'intenses douleurs, liées au status inflammatoire que l'assurée présentait autour de son épaule, notamment dans la région du sus-épineux. A la consultation du 15 août 2005, il trouvait une mobilité bonne. Par contre, l'assurée n'avait pas de force, ni d'endurance au niveau de l'épaule. Il était frappé par les crépitations sous-acromiales importantes, ainsi que par une douleur à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire. En examinant le scanner réalisé, il notait une anomalie au niveau de

l'acromio-claviculaire. Il était probable que suite à l'intervention, qui avait provoqué une raideur post-opératoire de l'articulation gléno-humérale, les mouvements se soient reportés sur l'acromio-claviculaire. Il proposait de pratiquer une infiltration dans l'acromio-claviculaire pour tenter d'améliorer les symptômes. S'agissant de la capacité de travail, vu le handicap de l'épaule droite et vu la dysplasie de glène qu'elle présentait à ce niveau, l'assurée n'était pas capable de travailler et surtout pas dans une activité nécessitant la sollicitation de ses épaules. Cette situation allait perdurer pendant encore six à huit semaines (pièce 3 recourante). Dans son rapport du 2 septembre 2005, le Dr C _____ a rappelé que lors de l'intervention du 28 janvier 2005, il était possible de faire une subluxation, voire une luxation quasiment complète de l'articulation gléno-humérale. Il avait informé l'assurée de la pathologie trouvée, à savoir une épaule laxo. Les suites opératoires s'étaient compliquées par un état douloureux. Il proposait en l'état d'adresser l'assurée au Dr H _____ pour mettre en route un programme de rééducation. Les derniers examens réalisés montraient une épaule bien en place et sans pathologie majeure (pièce 4 recourante). Par courrier du 6 octobre 2005, l'assureur a informé l'assurée de la mise sur pied d'une expertise médicale. Le nom de deux experts a été proposé à l'assurée et un questionnaire lui a été soumis (pièce 29 intimée). Le Dr KOHLER, spécialiste en neurologie, a indiqué dans un rapport daté du 31 octobre 2005 que l'assurée présentait une hypoesthésie de l'épaule gauche. Il retenait par conséquent une atteinte modérée d'un nerf axillaire gauche sans déficit moteur (pièce 33 intimée). En date du 10 janvier 2006, l'assurée a été examinée par le Dr G _____. Ce dernier a posé les diagnostics suivants : status un an et 9 mois après probable entorse bénigne des deux épaules, séquelles de dysplasie gléno-humérale droite, sévère, avec luxation postérieure permanente de la tête humérale, status un an après arthroscopie diagnostic de l'épaule gauche, status 10 mois après plicature capsulaire antérieure de l'épaule gauche, neuropathie sensitive du nerf axillaire gauche. A l'anamnèse, il a relevé que l'assurée présentait une luxation postérieure congénitale de son épaule droite, dans le cadre d'une dysplasie gléno-humérale. Le handicap y relatif, modéré, n'avait pas empêché l'assurée d'avoir des activités quotidiennes proches de la norme. Elle pouvait aussi faire de la gymnastique de manière régulière. L'expert a indiqué que l'assurée avait glissé sur le sol poussiéreux. Elle avait chuté en avant, se réceptionnant au sol avec les deux mains. Elle avait immédiatement présenté des douleurs aux deux épaules, nettement plus marquées à droite. Suite à l'accident, l'assurée avait présenté, du côté droit, une fracture de la pointe acromiale, qui avait été traitée conservativement. L'évolution avait été rapidement favorable, avec un retour au statu antérieur dans les 3-4 mois. Du côté gauche, l'arthroscopie effectuée le 28 janvier 2005 évoquait la présence d'une instabilité antérieure, ce qui avait conduit à l'intervention du 29 mars 2005. Si cette opération avait laissé un résultat objectif satisfaisant, le résultat subjectif ne semblait pas s'être modifié puisque la patiente continuait à se plaindre d'une instabilité. En réalité, l'examen clinique ne permettait pas d'objectiver des signes allant dans le sens d'une instabilité (absence d'appréhension; test de relocation négatif). Par conséquent, la relation causale entre le traumatisme - lequel n'était de loin pas susceptible d'engendrer une instabilité antérieure de l'épaule, en l'absence d'un mouvement extrême typique rotation externe/abduction, voire d'un choc direct sur le moignon de l'épaule - et l'intervention chirurgicale du 29 mars 2005, relevait tout au plus du domaine du possible. Le problème actuel était l'état algique de la patiente, lequel était marqué, résistant à une multitude de thérapies (antalgiques, anti-inflammatoires, TENS, etc.). L'ensemble des examens para-cliniques n'avait pas permis d'expliquer cette symptomatologie. L'examen

neurologique n'avait pas non plus objectivé de lésion significative, en dehors de l'atteinte sensitive du nerf axillaire, pouvant rendre compte de ces plaintes. L'examen clinique permettait d'exclure la possibilité d'une capsulite rétractile, d'une insuffisance de la coiffe des rotateurs, d'une instabilité, voire d'un conflit sous-acromial floride. En d'autres termes, il n'y avait manifestement pas d'explications orthopédiques ou neurologiques pouvant corroborer l'essentiel des plaintes alléguées. La discordance entre les éléments subjectifs, présents de manière floride et les éléments objectifs, on peut ne peut plus rassurants, laissait songeur. La présence d'éléments de non-organicité (hypersensibilité à la douleur, dépassant très largement toute entité anatomo-clinique; mouvements de retrait, épargne quasi totale du membre supérieur gauche) suggérait fortement une surcharge psychogène. Par conséquent, une autre raison qu'orthopédique, voire également neurologique périphérique, devait être recherchée pour expliquer les allégations formulées par l'assurée. En conclusion, pour les seules suites de l'accident, à l'origine d'une fracture de l'extrémité de l'acromion droit, dont l'évolution fut favorable, le status quo ante aurait dû être considéré comme atteint à l'échéance d'une période maximale de 3-4 mois. Ce délai comprenait également la période de récupération après entorse bénigne de l'articulation gléno-humérale gauche (voire d'une entorse de l'articulation acromio-claviculaire). Si l'assureur admettait toutefois sa responsabilité dans la prise en charge chirurgicale de l'épaule gauche, l'expert proposait dès lors que le status quo sine soit fixé à l'échéance d'une période maximale de trois mois, soit à fin juin 2005. Au-delà, l'évolution avait été régie de manière prépondérante, voire exclusive, par des facteurs extra-anatomiques, clairement indépendants de l'accident (pièces 44 et 45 intimée). Par décision du 3 février 2006, l'assureur a informé l'assurée qu'il mettait fin à la prise en charge des suites de l'accident dès le 1er octobre 2005 (pièce 47 intimée). En date du 6 mars 2006, l'assurée a formé opposition à ladite décision. Dans son complément d'opposition du 7 avril 2006, l'assurée a fait valoir que l'avis du Dr G _____ était contredit par les appréciations des Drs H _____ et C _____. A l'appui de son opposition, l'assurée a produit deux rapports : - Le 15 mars 2006, le Dr H _____, médecin adjoint auprès du service de rééducation des "établissement hospitalier", a indiqué que l'assurée, qu'il suivait depuis le 23 août 2005, présentait des omalgies post-traumatiques gauche sur une instabilité d'épaule qui avait nécessité une chirurgie. Les douleurs étaient en partie mécanique et en partie myofasciales. - Le 31 mars 2006, le Dr C _____ a indiqué que le diagnostic des lésions subies en relation avec l'accident était une instabilité douloureuse de l'épaule gauche et que l'état somatique de l'assuré était une conséquence de l'accident de façon probable à plus de 50 %. Pour lui, le statu quo/sine n'était pas encore rétabli. Le fait que l'assurée ait une épaule droite présentant une malformation de la glène, lui occasionnant faiblesse et perte de mobilité, l'obligeait à surcharger son épaule gauche pour les gestes de la vie quotidienne. L'assurée était toujours en incapacité de travail totale. Elle présentait des douleurs difficilement tolérables en niveau de son épaule gauche et des investigations étaient encore en cours. Une I.R.M. réalisée récemment n'avait pas mis en évidence de pathologies majeures. Une scintigraphie osseuse allait encore être effectuée et comparée à celle faite le 12 octobre 2005, afin de pouvoir se déterminer sur l'existence ou l'évolution d'une algoneurodystrophie. S'agissant des conclusions de l'expertise du Dr G _____, il devait admettre que sur le plan de l'examen clinique, il était confronté à une épaule dont la raideur était relative, mais qui présentait surtout une importante douleur. Il était cependant faux d'affirmer qu'il ne pouvait y avoir aucun lien entre l'accident et l'état actuel de l'assurée. Il pensait que la chute avait vraisemblablement entraîné une subluxation, voire

peut-être même une subluxation spontanément réduite qui avait été la cause des douleurs chroniques qui avaient suivi. Il avait objectivé clairement l'existence de cette luxabilité de l'épaule lors de l'examen arthroscopique, ce qui avait motivé, au geste chirurgical, la stabilisation. Il était, à son sens, erroné de prétendre qu'il ne pouvait y avoir aucun lien entre cet événement et la suite. Il était vrai également qu'à ce jour, il n'avait pas encore d'explications claires quant aux douleurs intenses présentées par l'assurée, toutefois, il ne pouvait s'empêcher de penser que la surcharge chronique de cette épaule, engendrée par la faiblesse reconnue de son épaule droite, jouait un rôle et probablement aussi qu'un certain élément d'algoneurodystrophie était présent, et cela directement lié au traumatisme et à son traitement (pièces 51 et 68 intimée). Faisant suite à la demande de l'assureur, le Dr G _____ a, le 16 mai 2006, indiqué que sans élément probant, autre qu'anamnestique ou subjectif, le Dr H _____ estimait être en présence d'omalgies post-traumatiques, en partie d'ordre mécanique et en partie myofasciales. Quant au Dr C _____, celui-ci était revenu sur la notion d'instabilité de l'épaule gauche, secondaire, selon lui, à l'accident. Ce praticien avait par ailleurs reconnu que l'épaule gauche de l'assurée était une articulation particulièrement surchargée, compte tenu du handicap de l'épaule droite. Il avait également admis n'avoir pas d'explications claires quant aux douleurs intenses que présentait l'assurée. Il apportait en outre une nouvelle hypothèse que l'on ne retrouvait pas dans ses courriers des 15 et 23 août 2005, à savoir la possibilité d'un élément d'algoneurodystrophie directement lié au traitement chirurgical prodigué. L'expert a indiqué qu'il ne pouvait que réaffirmer un certain scepticisme quant à l'origine de la supputée instabilité de l'épaule gauche. Une chute en avant, avec réception sur les deux mains, n'était pas un mécanisme susceptible d'engendrer un premier épisode d'instabilité antérieure d'une épaule. De telles lésions faisaient habituellement suite à une chute sur le moignon de l'épaule, ou lors de mouvements extrêmes de cette articulation essentiellement en abduction/rotation externe. Par conséquent, le fait qu'une "luxabilité" de l'épaule droite ait été objectivée lors de l'examen sous narcose ne constituait pas une preuve d'une relation causale avec l'accident. Le diagnostic d'algoneurodystrophie ne lui paraissait pas plausible. Ainsi, les éléments apportés par l'assurée ne modifiaient pas les conclusions de son rapport d'expertise du 10 janvier 2006 (pièce 70 intimée). Par courrier du 30 juin 2006, l'assurée a informé l'assureur qu'elle avait confié le mandat à CORELA-légal de réaliser une expertise pluridisciplinaire, les avis médicaux des Drs G _____ et C _____ étant nettement divergents. Dans l'attente des conclusions de cette expertise, l'assurée a requis la suspension de la procédure (pièce 76 intimée). Par décision sur opposition du 7 juillet 2006, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assurée, et ce sur la base de l'expertise du Dr G _____ et de son complément du 16 mai 2006. La causalité entre l'accident et les troubles ne pouvait être retenue au-delà du 30 juin 2005, étant rappelé que la décision confirmée avait mis un terme à la prise en charge du cas avec effet au 30 septembre 2005. Par conséquent, aucune prestation n'était justifiée au-delà du 30 juin 2005. En l'absence d'une lésion résultant de l'accident, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité devait également être nié. Par courrier du 13 juillet 2006, le Professeur C _____ a indiqué qu'il était clair qu'il y avait une pathologie qui était celle d'une épaule instable. Cette pathologie avait été montrée et prouvée lors de l'arthroscopie, n'en déplaise à l'expert. Les mécanismes provoquant une luxation ou une subluxation de l'épaule incluent toutes espèces de chutes, que les mains soient en avant, en arrière ou de côté, ne joue aucun rôle dans cette affaire. Les suites d'une telle intervention peuvent parfois être compliquées d'inflammations à très bas bruit, ce qui était probablement arrivé à l'assurée et ce type de suites comporte de

nombreux noms : algodystrophie, sudeck, etc., et souvent il était difficile d'objectiver cet état. Il persistait à penser que les troubles post-opératoires que l'assurée présentait étaient en liaison directe avec, dans un premier temps son accident, puis dans un deuxième temps, son instabilité. Il fallait également tenir en compte le handicap que présentait l'assurée au niveau de son épaule droite, ce qui bien entendu surchargeait énormément son épaule gauche (pièce 22 recourante). En date du 6 novembre 2006, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition du 7 juillet 2006. Elle conclut, préalablement, à la suspension de la procédure dans l'attente des conclusions de l'expertise ou à la mise sur pied d'une expertise judiciaire, et principalement, à l'annulation de la décision querellée et à ce que l'assureur soit condamné à verser des prestations au-delà du 30 septembre 2005. Elle explique qu'elle a glissé et chuté en avant, se réceptionnant au sol sur ses mains. Elle a immédiatement ressenti de vives douleurs aux deux épaules. L'expert mandaté par l'assureur n'a pas trouvé d'explication orthopédique corroborant ses plaintes et a fixé le statu quo ante à trois ou quatre mois après l'accident pour l'épaule droite et le statu quo sine à fin juin 2005 pour l'épaule gauche. Par contre, le professeur C_____ a un avis complètement divergent. Vu les opinions contradictoires de ces médecins, une expertise pluridisciplinaire est, selon la recourante, nécessaire. Dans sa réponse du 30 novembre 2006, l'intimée conclut d'une part au rejet des requêtes de suspension de la procédure et de mise sur pied d'une expertise judiciaire d'autre part, au rejet du recours. Elle fait valoir que l'expertise du Dr G_____ a pleine valeur probante. La recourante prend appui sur les rapports médicaux des Drs H_____ (du 15 mars 2006) et du Dr C_____ (des 31 mars et 13 juillet 2006). Or, le Dr H_____ ne s'est pas déterminé sur la problématique de la causalité. Par ailleurs, le Dr C_____ a admis n'avoir pas d'explications claires quant aux douleurs intenses présentées par l'assurée. Selon l'intimée, les considérations des médecins traitants ne sont pas de nature à atténuer la force probante de l'expertise du Dr G_____. Les diagnostics retenus par les médecins traitants ne reposent sur aucune constatation objective. Par ailleurs, comme l'a expliqué l'expert, même si l'instabilité de l'épaule a été constatée lors de l'arthroscopie, cela ne signifie pas encore que cette instabilité ou luxabilité soit en relation de causalité avec l'accident. L'expert a retenu à ce propos que le sentiment d'instabilité allégué par la patiente avant l'intervention chirurgicale n'a pas cessé depuis lors malgré l'absence d'éléments objectifs allant dans ce sens. C'est pourquoi, il n'y a, selon l'intimée, pas lieu d'ordonner la mise sur pied d'une nouvelle expertise. S'agissant de la question de la causalité naturelle, les conclusions auxquelles est parvenu l'expert sont corroborées par le Dr C_____, qui a retenu dans son rapport du 13 juillet 2006 que les troubles post-opératoires sont en liaison directe avec, dans un premier temps, l'accident puis, dans un deuxième temps, l'instabilité. Or, selon l'intimée, il n'a jamais été allégué que cette instabilité soit en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. L'intimée fait remarquer à ce propos que l'assureur-maladie de la recourante n'a pas formé opposition contre la décision du 3 février 2006, reconnaissant par là-même le caractère maladif des troubles présentés et son obligation d'intervention. Elle en tire la conclusion qu'il ne lui appartient pas à l'assureur de prendre en charge le traitement médical prodigué à la recourante. Enfin, l'intimée soutient que la recourante ne souffrant d'aucune atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale suite à l'accident, elle n'a pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Par écriture du 8 février 2007, la recourante a expliqué qu'en date du 15 novembre 2006 elle a subi une nouvelle intervention chirurgicale au niveau de l'épaule gauche pratiquée par le professeur C_____. A ce propos, elle a produit deux

rapports datés des 2 novembre 2006 et 18 janvier 2007 établis par ce praticien. Il en résulte que depuis le 13 juillet 2006, la recourante a été revue en consultation et un bilan complet a été réalisé, incluant une scintigraphie. Devant un examen clinique très suspect d'instabilité, une nouvelle intervention chirurgicale a été effectuée le 15 novembre 2006. Au moment de l'examen sous narcose, l'épaule était clairement instable et avait tendance à faire une luxation antéro-inférieure. Le diagnostic posé était une épaule gauche instable et douloureuse. Lors de la consultation du 15 janvier 2007, la situation objective s'était passablement améliorée. La patiente avait subjectivement l'impression que son épaule était beaucoup plus stable qu'avant. Le diagnostic des lésions subies en relation avec l'accident était une instabilité douloureuse de l'épaule gauche. L'incapacité de travail était totale depuis l'accident. Le Dr C _____ a maintenu qu'il était fort probable que c'était l'état somatique de la patiente et donc l'instabilité douloureuse qui avait entraîné une incapacité de travail. L'incapacité de travail était certes longue, les symptômes dont souffrait la patiente étaient ceux d'une laxité douloureuse. L'assurée était handicapée par son autre épaule, ce qui l'avait empêchée de reprendre un travail. La patiente n'avait pas encore atteint l'état définitif au niveau de son bras gauche. Des séances de physiothérapie pour renforcer la musculature étaient encore nécessaires (pièce 25 recourante). Selon la recourante les objections soulevées par le professeur C _____ remettent en cause la valeur probante du rapport d'expertise établi par le Dr G _____, raison pour laquelle il conviendrait de mettre sur pied une expertise judiciaire. Par ailleurs, si le Dr C _____ est certes le chirurgien qui l'a opérée, il n'en demeure pas moins médecin chef de service de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil moteur des "établissements hospitaliers" et par conséquent extrêmement spécialisé dans ce genre de problématique. Son avis ne pourrait dès lors être écarté au simple motif qu'il est son médecin traitant. La recourante ajoute que, contrairement à ce qu'allègue l'intimée, un traitement médical est encore justifié, preuve en est l'intervention chirurgicale effectuée le 15 novembre 2006. Des séances de physiothérapie sont en outre encore nécessaires. Enfin, s'agissant du degré de l'atteinte à l'intégrité, l'annexe 3 à l'OLAA prévoit 10 % en cas de luxation récidivante de l'épaule. Dans sa duplique du 27 février 2007, l'intimée persiste dans ses conclusions. Elle prend acte du fait que le diagnostic posé par le professeur C _____ dans son rapport du 18 janvier 2007 se limite à une instabilité douloureuse de l'épaule gauche et que l'hypothèse d'une algoneurodystrophie directement liée au traitement chirurgical prodigué n'est plus retenue. S'agissant de l'instabilité douloureuse de l'épaule gauche, l'intimée rappelle l'avis du Dr G _____ et le fait que le Dr C _____ a indiqué que la recourante est handicapée par son autre épaule, ce qui l'a empêchée de reprendre un autre travail. Par conséquent, pour le médecin traitant de la recourante, l'incapacité de travail résulte du handicap à son épaule droite, soit un trouble sans relation avec l'accident survenu en avril 2004. L'intimée relève que le Dr C _____ ne répond pas par l'affirmative à la question de savoir s'il est dans le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie que l'accident dont l'assurée a été victime, entraîne les troubles somatiques constatés ainsi qu'une telle incapacité de travail. Le médecin traitant a uniquement répondu que l'incapacité de travail de la patiente était certes longue et que les symptômes dont elle souffre sont ceux d'une laxité douloureuse. S'agissant de la laxité douloureuse, l'intimée rappelle que le Dr C _____, dans son rapport du 31 mars 2006, a indiqué qu'il n'avait pas encore d'explications claires quant aux douleurs intenses présentées par la recourante. Selon l'intimée, l'absence d'"explications claires" découle fort vraisemblablement du déroulement de l'accident. Ainsi, au vu des premières

descriptions de l'accident survenu en avril 2004, il appert que la recourante n'est jamais tombée sur son épaule gauche, ni sur ses deux bras. Elle est tombée sur son épaule droite et, le cas échéant, selon ses déclarations postérieures, s'est retenue avec le bras gauche. Par conséquent, l'épaule gauche n'a jamais subi un quelconque choc. C'est notamment pour ce motif que l'expert a retenu que le traumatisme n'était de loin pas susceptible d'engendrer une instabilité antérieure de l'épaule gauche. Par écriture spontanée du 6 mars 2007, la recourante s'est dit étonnée du nouvel argument soulevé par l'intimée, selon qui elle ne serait tout compte fait jamais tombée sur son épaule gauche, ni sur ses deux bras. La recourante a contesté cette allégation et fait remarquer qu'elle est contredite tant par la déclaration de sinistre que par les avis des divers médecins. Par ailleurs, le professeur C _____ n'a jamais affirmé que l'incapacité de travail résulterait du handicap à l'épaule droite dont souffre la recourante, comme le démontrent ses divers rapports médicaux. Preuve en est que la recourante a pu exercer une activité de serveuse, malgré son handicap congénital à l'épaule droite. Cette activité est désormais devenue impossible, en raison de l'instabilité de son épaule gauche. Par courrier du 14 mars 2007, l'intimée fait valoir que le courrier daté du 6 mars 2007 de la recourante constitue une nouvelle écriture, non autorisée, raison pour laquelle elle a demandé qu'elle soit écartée de la procédure. Le 19 juin 2007, le Tribunal de céans a requis de l'intimée qu'elle produise certains rapports médicaux auxquels se réfère le Dr G _____ dans son expertise du 10 janvier 2006. Par plis des 29 juin et 6 août 2007, l'intimée a produit divers rapports: - Le résultat du scanner de l'épaule gauche effectué le 19 juillet 2005, dans les limites de la norme (pièce 78 intimée). - En date du 23 août 2005, le Dr H _____, médecin auprès du service de rééducation des "établissement hospitalier", a posé le diagnostic d'omalgies gauches et de status post-luxation antéro-interne récidivante de l'épaule gauche. Il a fait état d'une lésion du membre supérieur droit à la naissance, une diminution de fonction de celui-ci et une compensation usuelle par le membre supérieur gauche. A titre d'appréciation, il a indiqué des omalgies post-traumatiques gauches sur instabilité d'épaule ayant nécessité une chirurgie. Les douleurs étaient en partie encore mécaniques et en partie myofasciales (pièce 79 intimée). - L'examen scintigraphique osseux effectué le 12 octobre 2005 par le Dr O J _____, spécialiste en médecine nucléaire, n'a mis en évidence ni de lésion structurelle, ni d'algoneurodystrophie, ni d'ostéomyélite, ni d'ostéoarthrite (pièce 81 intimée). - Le 3 novembre 2005, le Dr I _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué la persistance des douleurs et une impotence fonctionnelle importante avec l'impression d'instabilité extrême de l'épaule, sans qu'il y ait eu de luxation démontrée. L'examen clinique révélait une mobilité limitée, quelques crépitations sous-acromiale, acromio-claviculaire sensible, douleur de coiffe diffuse, une appréhension modérée en abduction rotation externe, une hypoesthésie de la face latérale du bras. A l'électromyographe, la recourante présentait une atteinte modérée du nerf axillaire de type sensitif. Il n'avait pas d'indication chirurgicale à proposer. Il réservait néanmoins la possibilité d'un examen sous narcose avec éventuellement arthroscopie diagnostic si un traitement conservateur ne devait pas apporter de soulagement (pièce 80 intimée). - Dans un rapport du 16 décembre 2005, le Dr H _____ a expliqué le traitement médicamenteux et la physiothérapie mises en place (pièce 82 intimée). Un délai a été fixé aux parties pour se déterminer sur les pièces nouvellement produites. Par écriture du 23 août 2007, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle fait valoir que l'expert a repris et cité parfaitement la teneur des pièces nouvellement produites. Cela confirme, si besoin est, la pleine valeur probante de l'expertise. Elle relève que le CT scanner du 19 juillet 2005

confirme que l'épaule gauche est sans anomalie notable, que les diagnostics posés par le Dr H _____ dans ses rapports des 23 août et 16 décembre 2005 ne sont pas confirmés par les examens effectués postérieurement. Le Dr I _____ indique qu'il n'y pas eu de luxation démontrée et le Dr J _____ écarte la présence d'une algoneurodystrophie. Selon l'intimée, aucun des rapports nouvellement produits ne retient un quelconque diagnostic de l'épaule gauche qui serait la résultante de la chute survenue en avril 2004. Les examens ne mettent pas en évidence une instabilité douloureuse de l'épaule gauche en relation avec l'accident. Elle rappelle que pour le Dr C _____, la laxité douloureuse n'a pas d'explication claire et ne résulterait en tout cas pas du diagnostic d'instabilité douloureuse (pièce 11 recourante). S'agissant du déroulement de l'accident, l'intimée renvoie aux considérations énoncées dans son écriture du 27 février 2006, à savoir que la recourante n'est jamais tombée sur son épaule gauche, ni sur ses deux bras. A cet égard, le Dr C _____ ne s'était pas risqué à expliquer comment, en l'absence de chute sur l'épaule gauche, l'événement aurait entraîné une subluxation ou luxation de l'épaule aboutissant au diagnostic d'instabilité douloureuse de l'épaule. Par écriture du 12 septembre 2007, la recourante a également persisté dans ses conclusions et produit un rapport du Dr K _____, spécialiste en rhumatologie, daté du 10 novembre 2005 (pièce 26 recourante). Ce praticien y pose les diagnostics d'omalgies gauches handicapantes et status post-luxation antéro-interne de l'épaule gauche stabilisée chirurgicalement selon Neer en mars 2005. Il explique que l'opération de stabilisation a été effectuée en raison d'une hyperlaxité douloureuse. Il précise qu'une échographie faite le 21 septembre 2005 évoquait un épaissement capsulo-ligamentaire compatible avec une capsulite rétractile. A l'examen clinique, il existait une allodynie diffuse de l'épaule permettant difficilement de localiser une structure douloureuse de façon précise. La mobilité était limitée. Présence de nombreux craquements et hypoesthésie de la face latérale de l'épaule et du bras. L'aggravation des douleurs après l'opération avec une impression d'épaule chaude et une allodynie pouvait faire suspecter la présence d'une algodystrophie surajoutée. La scintigraphie osseuse ne permettait pas de confirmer ce diagnostic. Une capsulite rétractile n'était pas totalement exclue comme diagnostic secondaire. L'impression d'instabilité et de bras mort dont se plaignait la patiente pouvaient suggérer la persistance d'une certaine laxité de cette épaule. Il avait pour cela demandé l'avis au Dr I _____. L'arthro-scanner effectué montrait un status post-opératoire satisfaisant sans signe de lésion de coiffe ou d'instabilité. La symptomatologie pourrait être en relation avec la présence d'une allodynie ainsi qu'une désorganisation motrice au niveau des muscles de l'épaule (pièce 26 recourante). La recourante indique que contrairement à ce que soutient l'intimée dans sa dernière écriture, les diagnostics posés par le Dr H _____ ont été confirmés par les Drs A _____, C _____ et K _____ (pièces 3, 4, 11, 22, 24 à 26 recourante et 21, 23, 24, 27 et intimée). Par contre, aucun médecin, hormis le Dr G _____, n'avait retenu le diagnostic d'entorse bénigne des deux épaules. En outre, si le Dr I _____ a relevé qu'il n'y avait pas de luxation démontrée (rapport du 3 novembre 2005), cette luxation avait néanmoins été démontrée et prouvée lors de l'examen arthroscopique effectué par le Dr C _____ le 28 janvier 2005 (pièces 4, 11 et 22 recourante et 21, 23, 24 et 27 intimée). Selon la recourante, la valeur probante de l'expertise du 10 janvier 2006 du Dr G _____, lequel était parvenu à des conclusions divergentes s'agissant du diagnostic, du lien de causalité, de l'évaluation de la capacité de travail et de son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, était fortement remise en question. S'agissant du déroulement de l'accident, la recourante renvoie à la déclaration

d'accident du 27 avril 2004, remplie par son employeur et non par elle, ainsi qu'aux rapports du Dr A _____ des 3 et 10 mai 2004, ceux-ci indiquant une chute sur glissade, avec réception sur l'épaule droite, en se retenant sur l'épaule gauche. La déclaration de la recourante du 12 mai 2004 confirmait ces explications et n'était pas contradictoire mais uniquement plus détaillée. Selon la recourante, il est dans le cours ordinaire des choses qu'une glissade entraîne une chute et que la personne, par réflexe, tente de se retenir avec ses bras. C'est plutôt l'absence de retenue qui serait surprenante. Le Dr C _____ était d'ailleurs d'avis que les lésions subies étaient dues à l'accident, peu importe que la chute ait eu lieu sur le dos ou l'épaule (pièce 22 recourante). Dans le délai imparti par le Tribunal de céans, l'intimée a fait valoir que le rapport du Dr K _____ du 10 novembre 2005 avait été repris et cité par l'expert, ce qui confirmait que ce dernier s'était fondé sur l'ensemble du dossier médical de la recourante. Le Dr K _____ n'avait retenu aucun diagnostic à l'épaule gauche qui serait la résultante de la chute survenue en avril 2004. Le 2 octobre 2007, le Tribunal de céans a transmis une copie de cette écriture à la recourante. 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 genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), 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) 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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (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). L'accident étant survenu le 15 avril 2004, la LPGA s'applique au cas d'espèce. En dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006). La décision sur opposition datée du 7 juillet 2006 a été reçue par la recourante le 10 juillet 2006. Le délai n'a cependant commencé à courir que le 16 août 2006 (art. 38 al. 4 LPGA), de sorte qu'il est arrivé à échéance le 15 novembre 2006. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé le 6 novembre 2006 est recevable en vertu des art. 56 ss LPGA. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'intimée pour la période postérieure au 30 septembre 2005, en raison des atteintes dont elle souffre à l'épaule gauche. Il s'agit plus particulièrement de déterminer si les atteintes subsistant après le 30 septembre 2005 sont d'origine traumatique. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend 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 (art. 4 LPGA). Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas

nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV [Meyer, édit.], 2ème éd., Bâle, Genève, Munich 2007, no 79 p. 865). Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit que les lésions suivantes sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs : a) les fractures, dans la mesure où elles ne sont pas manifestement causées par une maladie; b) les déboîtements d'articulations; c) les déchirures du ménisque; d) les déchirures de muscles; e) les élongations de muscles; f) les déchirures de tendons; g) les lésions de ligaments; h) les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a p. 140, 145 consid. 2b p. 147). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré. Cela étant, lorsqu'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATFA non publié du 10 avril 2007, U 162/06, consid. 4.2; ATF 123 V 44 consid. 2b; 116 V 147 consid. 2c; 114 V 301 consid. 3c). Ainsi, à l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (ATFA non publié du 23 novembre 2004, U 315/03, consid. 2.2). 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 no U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 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 le 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). Toutefois, les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la

vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA; on se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (ATF non publié du 10 avril 2004, cause U.162/2006, consid. 4.2; ATFA non publié du 6 août 2003, cause U 220/02 consid. 2). a) 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a). c) 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). Il n'est pas contestable, ni contesté, que la recourante a souffert d'une luxation de l'épaule gauche, diagnostiquée dans un premier temps par le Dr A_____ (rapports des 7 mai et 21 septembre 2004). L'arthroscopie effectuée ensuite par le Dr L_____ a confirmé le diagnostic d'instabilité antérieure de l'épaule gauche (rapport du 28 janvier 2005). C'est par ailleurs en raison de cette pathologie, à savoir une épaule laxo, que la recourante a subi une intervention chirurgicale le 29 mars 2005 (rapports du Dr C_____ des 12 avril et 2 septembre 2005). Dès lors qu'elle répond aux diagnostics de luxation (rapports du Dr A_____ des 7 mai et 21 septembre 2004), de luxation antéro-interne récidivante (rapport des Drs E_____, F_____ et C_____ du 12 avril 2005),

d'épaule laxe (Dr C _____, rapport du 2 septembre 2005) ou d'instabilité antérieure (rapport du Dr L _____ du 28 janvier 2005; rapport du Dr C _____ du 15 août 2005; rapport des Drs E _____, F _____ et C _____, du 12 avril 2005), l'atteinte à l'épaule gauche dont souffre la recourante correspond à la notion de déboîtement d'une articulation susceptible d'être reconnue comme lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. b OLAA, pour autant qu'elle résulte d'un facteur extérieur (ATFA non publié du 23 novembre 2004, cause U 315/03). Dans sa première description de l'événement accidentel du 15 avril 2004, la recourante a indiqué, le 12 mai 2004, avoir glissé sur les talons en sortant du travail. Elle a précisé qu'en glissant, elle avait fait des efforts sur ses bras et avait eu mal (pièce 9 intimée). Dans son recours du 6 novembre 2006, elle expliqua avoir chuté en avant, se réceptionnant au sol sur ses mains. Elle avait immédiatement ressenti de vives douleurs aux deux épaules (recours p. 2, §3). L'intimée est d'avis que la recourante n'est jamais tombée sur l'épaule gauche, ni sur ses deux bras. Elle se fonde pour cela sur les premières descriptions de l'accident, à savoir la déclaration d'accident du 27 avril 2004 établie par l'employeur (pièce 1 intimée), le rapport radiologique de l'épaule droite et le rapport initial du Dr A _____ datés du 20 avril 2004 (pièces 2 et 4 intimée). Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine d'une atteinte à la santé, on rappellera que les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références; RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2). En l'occurrence, les explications données par la recourante de l'événement survenu le 15 avril 2004 ne sont pas contradictoires entre elles. On ne saurait, comme le fait l'intimée, se fonder sur les pièces établies par un employeur et un médecin, lesquels n'ont pas qualité de témoins de la scène, pour déterminer comment s'est déroulé l'événement (ATFA non publié du 23 septembre 2005, U 142/04). Au demeurant, ces pièces, qui ne contredisent pas les indications de la recourante, font toutes état d'une chute sur glissade, ce que l'intimée ne conteste pas. Compte tenu de ce qui précède, l'existence d'une cause extérieure, soudaine et involontaire - soit la chute sur glissade - ne fait aucun doute. Il y a donc lieu de conclure que la chute a été le facteur extérieur déclenchant le trouble diagnostiqué à l'épaule gauche de la recourante. Le Dr G _____ est certes d'avis que le déroulement de l'accident n'était pas propre, à lui seul, à entraîner les lésions constatées par le Dr C _____. La relation causale entre le traumatisme, lequel n'était de loin pas susceptible d'engendrer une instabilité antérieure de l'épaule, en l'absence d'un mouvement extrême typique -- rotation externe/abduction, voire d'un choc direct sur le moignon de l'épaule, et l'intervention chirurgicale du 29 mars 2005, semblait tout au plus du domaine du possible. Une chute en avant, avec réception sur les deux mains, n'était pas un mécanisme susceptible d'engendrer un premier épisode d'instabilité antérieure d'une épaule. Par conséquent, le fait qu'une "luxabilité" de l'épaule droite (recte: gauche) ait été objectivée lors de l'examen sous narcose ne constituait pas une preuve d'une relation causale avec l'événement du 15 avril 2004. Le Tribunal de céans relèvera que le fait que l'événement ne soit, selon l'expert, pas propre à lui seul, à entraîner les lésions diagnostiquées à l'épaule gauche, n'est pas décisif en l'espèce, dès lors qu'en vertu de la jurisprudence précitée, ce qui

est déterminant, est que les lésions aient été provoquées, du moins partiellement, par un événement dommageable soudain, involontaire et extérieur. En outre, la question de l'absence d'une chute sur le moignon de l'épaule ou l'absence de mouvements extrêmes de cette articulation en abduction/rotation externe concerne le point de savoir si le facteur extérieur qui a déclenché les symptômes revêtait un caractère extraordinaire. Or, un facteur extérieur soudain et involontaire suffit, même s'il ne présente pas un caractère extraordinaire, pour assimiler à un accident un déboîtement de l'articulation qu'il a déclenchée. Que cette lésion ait pu se produire, en l'absence de facteur extraordinaire, parce que l'épaule gauche de l'assurée est une articulation particulièrement surchargée, en raison du handicap de l'épaule droite, ne permet pas d'attribuer cette lésion exclusivement à la maladie. Compte tenu de ce qui précède, la responsabilité de l'intimée est établie pour les troubles que la recourante a présentés à l'épaule gauche. Reste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations au 30 septembre 2005. S'agissant de l'évolution de l'état de santé de la recourante, le Dr G _____ a, sans tenir compte de l'instabilité diagnostiquée à l'épaule gauche, fixé un statu quo ante après une période de 3 à 4 mois après l'événement déclenchant. L'expert a précisé que si l'assureur admettait toutefois sa responsabilité dans la prise en charge chirurgicale de l'épaule gauche, il proposait dès lors que le statu quo sine soit fixé à l'échéance d'une période maximale de trois mois (soit fin juin 2005), correspondant au délai nécessaire pour récupérer d'une plastie capsulaire antérieure de l'épaule, sans complications. Au-delà, l'évolution avait été régie de manière prépondérante, voire exclusive, par des facteurs extra-anatomiques (surcharge psychogène) clairement indépendants de l'accident (pièces 44 et 45 intimée). Le Tribunal de céans ne saurait admettre, sur la base du rapport du Dr G _____, que la causalité a été rompue trois mois après l'intervention chirurgicale de l'épaule gauche. Il considère en effet que l'expert s'est prononcé in abstracto et en fonction de l'expérience médicale, sur le délai dans lequel survient, en général, la récupération après une plastie capsulaire antérieure de l'épaule, sans complications, et ce sans tenir compte de la situation concrète de la recourante. Or, l'épaule gauche de la recourante présente la particularité d'être une épaule chroniquement surchargée, en raison du handicap congénital dont souffre la recourante à l'épaule droite, ce que le Dr G _____ ne conteste au demeurant pas (rapport du 16 mai 2006, pièce 70 intimée). Or, lorsque l'expert a apprécié l'état de santé de la recourante au regard des troubles présentés à l'épaule gauche, il appert que ce dernier, sans en expliquer les raisons, n'a nullement pris en compte cette particularité et a conclu que les troubles post-opératoires résultaient d'une surcharge psychogène, diagnostic qui, au demeurant, ne ressort pas de sa spécialité et qui n'a été corroboré par aucun médecin psychiatre. Dès lors que l'on ne saurait fixer un statu quo sine/ante sans tenir compte de la situation concrète de l'assuré (ATFA non publié du 22 février 2007, cause U.547/2006), l'expertise du Dr G _____ ne convainc pas. En l'occurrence, les suites de l'opération se sont compliquées par un état douloureux, lequel a persisté au-delà de la date de la décision litigieuse. Aucun médecin consulté, à l'exception du Dr G _____, n'a fait état de ce que les troubles de l'épaule gauche qui ont subsisté seraient d'origine malade ou dégénérative. Or, tant que l'origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas tenue pour manifeste, on ne saurait admettre le retour à un statu quo ante ou une évolution vers un statu quo sine (ATFA du 6 août 2003, U.220/2002). En d'autres termes, aucun rapport médical versé au dossier ne permet de retenir le retour au statu quo ante/sine à la date du 30 septembre 2005. Le Tribunal de céans relèvera en outre que les suites de l'accident jouaient encore un rôle au moment où l'intimée a rendu sa

décision litigieuse (le 7 juillet 2006) dès lors que le 15 novembre 2006, soit quelques mois après ladite décision, un examen sous narcose a permis de constater que l'épaule était une nouvelle fois clairement instable et avait tendance à faire une luxation antéro-inférieure. Ce diagnostic a certes été posé postérieurement à la décision litigieuse. Il doit cependant être pris en considération dans la mesure où il est étroitement lié à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). En conséquence, c'est à tort que l'intimée a retenu que l'accident assuré ne jouait, dès le 1^{er} octobre 2005, plus de rôle dans les troubles présentés par la recourante. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et l'intimée invitée à reprendre le versement de ses prestations. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de dépens. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule les décisions de LA BALOISE COMPAGNIE D'ASSURANCES des 3 février et 7 juillet 2006. Condamne LA BALOISE COMPAGNIE D'ASSURANCES à reprendre le versement de ses prestations en faveur de la recourante à compter du 1^{er} octobre 2005. Condamne LA BALOISE COMPAGNIE D'ASSURANCES à verser à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens. 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 Janine BOFFI La présidente Karine STECK 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.