



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1092/2019

ATAS/410/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 mai 2020

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée en FRANCE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Marlyse CORDONIER

recourante

contre

BALOISE ASSURANCES SA, sise Aeschengraben 21, BASEL,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel
D'ALESSANDRI

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Andres PEREZ et Pierre-Bernard
PETITAT, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1973, travaille en qualité d'infirmière à 70 % auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).
2. L'assureur accidents de son employeur est la BALOISE ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).
3. Pendant l'été 2016, l'assurée a effectué des travaux de peinture en élévation à son domicile, à l'issue desquels elle a commencé à ressentir des douleurs dans l'épaule droite. En date du 14 novembre 2016, elle a consulté son médecin traitant, le docteur B_____, médecin généraliste pratiquant en France. Ce dernier a posé le diagnostic de tendinopathie du supra-épineux et lui a prescrit du paracétamol et des séances de kinésithérapie. Il lui a délivré un certificat médical pour un arrêt de travail de deux semaines, à 100 %.
4. En date du 18 novembre 2016, l'assurée a subi une IRM de l'épaule droite. Le docteur C_____, radiologue pratiquant en France, en a fait le rapport suivant :

« IRM de l'épaule droite

Indication :

Bilan pour tendinopathie.

Technique :

Séquences coronale oblique T1 et coronale oblique, sagittale et axiale T2 après saturation de la graisse.

Résultats :

On retrouve un aspect morphologique normal du supra-épineux mais son bord inférieur apparaît un peu irrégulier avec hypersignal juste en avant de son insertion trochantérienne : l'aspect peut être évocateur d'une tendinite.

Pas d'épanchement péri-tendineux. Aspect normal des autres tendons de la coiffe des rotateurs.

Sur le plan osseux, on ne met pas en évidence de lésion sous chondrale au niveau de l'articulation glèno-humérale. Présence d'un remaniement arthrosique débutant de l'articulation acromio-claviculaire.

Absence d'épanchement intra-articulaire. Pas d'anomalie musculaire.

Probable tendinite sans rupture au niveau de la portion distale du supra-épineux associée à un remaniement arthrosique de l'articulation acromio-claviculaire ».

5. Une radiographie de l'épaule droite, pratiquée le 25 novembre 2016 par le docteur D_____, radiologue pratiquant en France, a été commentée par ce dernier comme suit :

« Indication : scapulalgie. Résultats : pas de modification notable des rapports articulaires ni lésion osseuse visible. Absence de calcification des parties molles ».

6. En date du 20 mars 2017, alors qu'elle était en train de remonter une patiente dans son lit, l'assurée a ressenti une douleur au niveau de l'épaule droite.
7. Elle a déclaré qu'elle avait consulté un médecin le soir même, qui lui aurait prescrit des antalgiques et des anti-inflammatoires.
8. Le 21 mars 2017, le docteur E_____, praticien hospitalier, pratiquant en France, a effectué une échographie qu'il a commentée comme suit :

« Echographie de l'épaule droite :

La longue portion du biceps est en place.

Pas de lésion du tendon infra-épineux ni du sub-scapulaire.

Petite image hypo-échogène à l'insertion du tendon du supra-épineux témoignant d'une fissure de ce dernier avec un discret épanchement en regard ».

9. En date du 29 mars 2017, à la demande du Dr B_____, le docteur Martin Roger ZO'O, radiologue pratiquant en France, a effectué une IRM de l'épaule droite de l'assurée, dont il a fait le rapport suivant :

« IRM de l'épaule droite

Indication :

Douleurs scapulo-humérales.

Technique :

Séquences sagittale T1 et 3 plans T2 FAT SAT.

Résultats :

Absence d'épanchement articulaire et de la bourse sous acromiale.

Absence de lésion des tendons infra-épineux, supra-épineux et du sous scapulaire. Le tendon du long biceps se projette normalement au sein de la gouttière inter-tubérositaire et la trophicité des corps musculaires est normale.

Mise en évidence d'une arthropathie acromio-claviculaire.

Conclusion :

Arthropathie acromio-claviculaire sans fissuration tendineuse ».

10. Le Dr B_____ a prescrit des antalgiques à l'assurée et lui a délivré un certificat médical d'arrêt de travail, à 100 % jusqu'au 24 avril 2017.
11. En date du 21 avril 2017, l'assurée a chuté dans les escaliers, à son domicile et son épaule droite a touché le sol.

12. Le lendemain, 22 avril 2017, le Dr E_____ a effectué une radiographie de l'épaule droite de l'assurée, face/profil, qu'il a commentée comme suit : « Pas de fracture osseuse visible. Condensation modérée du trochiter ».
13. Le 24 avril 2017, l'employeur de l'assurée a envoyé un formulaire de déclaration d'accident-bagatelle à l'assurance, pour la chute du 21 avril 2017.
14. L'assurée dit avoir consulté le Dr B_____, en date du 25 avril 2017, qui aurait constaté une impotence fonctionnelle complète de l'épaule droite et lui aurait prescrit des anti-inflammatoires et le port d'une écharpe, en posant le diagnostic de capsulite aiguë post-traumatique. Ce dernier a fait parvenir son rapport à l'assurance en date du 3 juillet 2017.
15. Le Dr B_____ a adressé l'assurée au docteur F_____, médecin orthopédiste, pratiquant en France, qui a effectué un compte-rendu de consultation en date du 23 mai 2017, dont il ressortait notamment que : « L'examen montre effectivement cette limitation à la mobilité active et une limitation de la mobilisation passive plutôt en rotation externe qu'en abduction. Je pense tout de même que le diagnostic de capsulite est le plus probable compte tenu de l'aspect IRM qui est plutôt rassurant (...) ».
16. Le 22 août 2017, l'assurée a revu le Dr F_____ qui, par courrier au Dr B_____ a exposé que : « l'épaule a retrouvé sa souplesse et la mobilité active commence à être récupérée » et a proposé un bilan par arthroscanner.
17. En date du 21 décembre 2017, le docteur G_____, médecin radiologue pratiquant en France, a effectué une arthrographie de l'épaule droite dont il a décrit les résultats : « Le muscle long biceps est dans sa gouttière et n'est pas subluxé. Aspect normal du tendon du sus-et sous-épineux ainsi que du sous-scapulaire. Il n'y a pas de fuite de produit de contraste au sein de l'espace sous-acromial. Pas de remaniement significatif au sein de l'articulation acromio-claviculaire ».
18. A l'issue de la consultation de l'assurée du 27 janvier 2018, le Dr F_____ a rédigé le courrier suivant pour le Dr B_____ :

« J'ai revu en consultation, Madame A_____, avec la récupération d'une épaule droite presque souple. Le bilan par un arthroscanner montre une arthropathie acromio-claviculaire, peut-être une lésion du biceps, avec un examen clinique très concordant. Je crois qu'il est logique compte tenu de la symptomatologie persistante de proposer un bilan arthroscopique, nous discutons du risque de récurrence de capsulite qui est possible ».
19. Le 19 mars 2018, l'assurée a consulté le docteur H_____, chirurgien orthopédiste pratiquant en France, qui a diagnostiqué : « une possible aggravation de la capsulite de l'épaule droite suite à un traumatisme violent » et a conclu à une « capsulite rallumée, (qui) devrait s'éteindre dans 6 mois ».
20. A l'issue de ces nombreux examens, l'assurance a convoqué l'assurée, par courrier du 14 mai 2018, à une consultation chez le docteur I_____, spécialiste en chirurgie

orthopédique, en date du 29 juin 2018, afin d'effectuer une expertise. Les questions posées à l'expert étaient jointes à la convocation avec un délai au 15 juin 2018 pour retourner le formulaire, avec d'éventuelles modifications ou questions additionnelles.

21. Dans l'intervalle, l'assurée a consulté, en date du 30 mai 2018, la Doctoresse J_____, spécialiste en médecine du sport à la Clinique La Colline, qui a écrit que :
« Les examens radiologiques, notamment une radiographie, une échographie et une IRM montrent essentiellement une hétérogénéité au niveau du sus-épineux. Nous sommes maintenant devant une capsulite en phase de résolution avec la persistance de douleurs et de limitation ».
22. Le Dr I_____ a rendu son expertise en date du 20 juillet 2018 ; on pouvait notamment y lire ce qui suit :

« Diagnostic(s) :

Capsulite rétractile de l'épaule droite.

Status après contusion simple antéro-latérale de l'épaule droite coude au corps le 21.04.2017.

Status après effort ordinaire du membre supérieur droit le 20.03.2017 avec réactivation d'une limitation fonctionnelle douloureuse préexistante de l'épaule droite.

Status après douleurs chroniques en élévation de l'épaule droite depuis l'été 2016 sur tendinopathie interstitielle mineure du sus-épineux et arthrose acromio-claviculaire.

1. Anamnèse ?

Cf. plus haut (ndr : non reproduit)

2. Plaintes subjectives ?

Cf. plus haut (ndr : non reproduit)

3. Constatations objectives ?

Cf. plus haut (ndr : non reproduit)

4. Diagnostic ?

Cf. plus haut.

Causalité naturelle (merci de motiver vos réponses)

5.1. Lesquelles de vos constatations sont en fonction des points suivants en relation de causalité avec l'accident du 21.04.2017 ?

Probable

Possible

Certaine

Le lien de causalité naturelle entre l'état actuel de l'épaule droite de cette patiente et l'événement du 21.04.2017 (de même que celui du 20.03.2017) est exclu, notamment en raison d'un état manifestement pathologique préexistant depuis l'été 2016. Il s'agit de troubles dégénératifs anciens acromio-claviculaires et du sus-épineux de l'épaule droite avec capsulite rétractile secondaire, chronique, qui constituait un état de santé précaire dont la symptomatologie ne fut que réactivée lors d'événements bénins le 20.03.2017 (effort) et le 21.04.2017 (contusion). Les nombreuses radiographies et IRM qui ont été faites n'ont montré aucune lésion anatomique supplémentaire par rapport à celles qui avaient déjà été documentées en 2016. Cet état précaire préexistant, de nature manifestement dégénérative, aurait pu être réactivé ponctuellement lors de n'importe quel autre événement ordinaire de la vie pour évoluer ensuite de façon fluctuante, ce qui est assez classique dans ces capsulites rétractiles.

Sachant qu'une contusion bénigne de l'épaule guérit dans l'immense majorité des cas sans aucune séquelle en moins d'un mois, il faut considérer que le statu quo sine de l'événement du 21.04.2017 a dû être retrouvé au plus tard à un mois de ce traumatisme la suite du traitement incombe sans le moindre doute à l'assureur maladie, en l'occurrence la Sécurité sociale française qui avait pris en charge le cas depuis l'été 2016.

- 5.2. Pour autant qu'il subsiste des séquelles en relation de causalité probable avec l'accident du 21.04.2017, l'état de santé est-il également influencé par des maladies, des états maladifs antérieurs, d'autres facteurs étrangers non accidentels ou des suites d'accidents précédents ? Cas échéant, lesquels sont-ils et degré (%) de l'influence ?

Cf. plus haut.

- 5.3. L'accident du a-t-il décompensé un état antérieur au sens du point 5.2. ?

Statu quo ante ou sine rétabli ?

Cf. plus haut.

6. Capacité de travail : comment appréciez-vous la capacité de travail en relation avec les séquelles de l'accident du 21.04.2017 ?

- 6.1 Dans quelle mesure (heures par jour) et avec quel rendement l'assuré(e) est-il(elle) apte à exercer son activité d'infirmière ?

- 6.1.1. Des limitations, en raison des séquelles de l'accident, influencent-elles l'activité professionnelle de l'assuré(e) ?

- 6.1.2. Le cas échéant quelles sont-elles ?

6.1.3. Au vu des limitations, dans quelle mesure (heures par jour) et avec quel rendement l'assuré(e) pourrait-il (elle) exercer une autre activité, par exemple une activité assise ou légère ?

6.1.4. A quel type d'activité pensez-vous ?

6.2 Pronostic: doit-on s'attendre à une adaptation/accoutumance aux séquelles de l'accident ? Cas échéant, dans quelle mesure l'incapacité de travail serait-elle influencée ?

Sans objet, vu que le statu quo sine a été retrouvé au plus tard après un mois.

Traitement médical

7. Un traitement économique et adéquat susceptible d'améliorer les séquelles de l'accident entre-t-il en ligne de compte ?

Le traitement médicamenteux a été abandonné et le traitement actuel se limite à de la physiothérapie à laquelle je préconise l'association d'exercices à domicile avec pouliothérapie et la reprise de la natation (brasse, puis crawl). Mais cela ne concerne plus l'assureur LAA vu que le statu quo sine a été retrouvé.

7.1.1. Cas échéant, lequel ?

Cf. plus haut.

7.1.2. Quel est votre pronostic concernant l'amélioration à en attendre tant au niveau de l'état de santé que de la capacité de travail ?

Cf. plus haut.

7.1.3 La situation médicale est-elle stabilisée ?

Cf. plus haut.

7.1.4. Si oui, depuis combien de temps ?

Cf. plus haut.

Questions finales (7.2. et 7.3) au sens de l'art. 21 c) et d) dans les cas où il subsiste une incapacité de travail permanente:

7.2. En cas de capacité de travail résiduelle : l'assuré(e) a-t-il(elle) besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité de travail résiduelle ? Cas échéant dans quelle mesure ?

Cf. plus haut.

7.3 En cas d'incapacité de travail pour les suites de l'accident du 21.04.2017: des mesures médicales sont-elles de nature à améliorer notablement l'état de santé de l'assuré(e) ou empêcheraient-elles que

celui-ci ne subisse une notable détérioration ? Cas échéant dans quelle mesure ?

Cf. plus haut.

8. Atteinte à l'intégrité

L'assuré(e) souffre-t-il(elle) d'une atteinte importante (altération évidente ou grave) et durable (prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie) de son intégrité physique ou mentale ? Cas échéant, quel pourcentage correspond à cette atteinte selon le barème LAA des atteintes à l'intégrité (annexe 3 de l'OLAA) ?

Cf. plus haut.

9. État antérieur

9.1. L'état actuel de l'assurée est-il uniquement, en partie ou pas du tout à mettre sur le compte de l'événement du 21.04.2017 ou un état antérieur (maladie ou autre accident) entre-t-il également en ligne de compte ?

L'état actuel est uniquement à mettre sur le compte de l'état antérieur pour les raisons développées plus haut.

9.2. En cas d'état antérieur : en quoi consiste-t-il ?

Cf. plus haut.

9.3. Répartition des causes : comment estimez-vous la répartition (%) des causes entre les facteurs en relation avec l'accident et ceux étrangers ?

Cf. plus haut.

10. Remarque indépendante de l'accident (statu quo sine retrouvé) :

Aujourd'hui, la patiente est certainement capable de reprendre une activité professionnelle d'infirmière enseignante et même d'infirmière en unité de soin pour autant que l'on aménage sa place de travail de façon à renoncer aux tâches nécessitant des efforts en élévation du membre supérieur droit. Je partage ainsi l'avis de son orthopédiste français en m'étonnant que cette attitude ne fut pas retenue par le médecin du travail des HUG, le Dr K_____. »

23. Par décision du 16 octobre 2018, l'assurance, se fondant sur l'expertise réalisée par le Dr I_____, a mis fin aux prestations en faveur de l'assurée en date du 20 mai 2017, considérant que le lien de causalité entre les troubles de la santé et l'accident du 21 avril 2017 ne s'étendait pas au-delà du 20 mai 2017, date du *statu quo sine*.

24. L'assurée a fait opposition en date du 7 novembre 2018. Le 20 décembre 2018 elle a communiqué à l'assurance un certificat rédigé par le Dr B_____, en date du 10 décembre 2018, selon lequel la capsulite rétractile paraissait bien en rapport avec l'accident du 21 avril 2017.

25. Après avoir ré-examiné le dossier, l'assurance a confirmé sa décision du 16 octobre 2018, par décision sur opposition du 12 février 2019, notifiée le 14 février 2019. Se fondant sur les conclusions de l'expertise du Dr I_____, l'assurance a conclu que l'accident du 21 avril 2017 n'avait fait qu'entraîner une péjoration passagère de la situation de l'épaule droite de l'assurée et qu'aucun élément ne permettait de contredire la date avancée par l'expert pour situer le *statu quo sine*.
26. Le conseil de l'assurée a recouru contre la décision en date du 18 mars 2019 et a conclu à l'annulation de la décision querellée et à la condamnation de l'assurance à assumer la responsabilité et le paiement des prestations dues à la recourante, au regard de la LAA, au-delà du 20 mai 2017, avec suite de dépens et participation aux honoraires du conseil. Selon la recourante, les suites de l'accident du 21 avril 2017 s'étaient prolongées bien au-delà de la date retenue par l'intimée. Contrairement aux conclusions de l'expert mandaté par l'assurance, l'accident n'était pas bénin et avait entraîné une impotence fonctionnelle complète. Les Drs H_____, B_____ et la Dresse J_____ avaient tous retenu le diagnostic de capsulite post traumatique en lien avec l'accident alors que l'expert, le Dr I_____, considérait à tort que la symptomatologie de l'assurée s'expliquait par des troubles dégénératifs anciens. Était encore joint au recours un certificat du docteur L_____, chirurgien orthopédiste à Nyon, qui déclarait que l'assurée présentait une capsulite post-traumatique qui découlait de la contusion de l'épaule survenue le 21 avril 2017.
27. L'intimée a répondu en date du 15 avril 2019. Elle alléguait que les nombreuses radiographies et IRM ne montraient aucune lésion supplémentaire par rapport à celle qui avait été documentée en 2016. Dès lors, la cause des troubles était dégénérative et le délai d'un mois en vue d'atteindre le *statu quo sine* était justifié.
28. Par réplique du 17 juin 2019, le conseil de la recourante a allégué que l'accident du 21 avril 2017 n'était pas bénin et avait entraîné une importante dégradation de la mobilité de l'assurée. Était joint à la réplique un formulaire pour le médecin-conseil, daté du 19 juillet 2017, rédigé par le médecin-conseil de l'assurance. Ce dernier, le docteur M_____, admettait que l'atteinte à la santé était au moins une suite partielle de l'accident du 21 mai 2017. Il ne voyait pas de contributions antérieures aux troubles de la santé. En cas de capsulite, il estimait qu'il fallait un délai de 12 à 18 mois pour retrouver la capacité de travail dans l'activité habituelle. Enfin, il considérait que la capacité de travail de l'assurée était non stabilisée au jour du rapport (le 19 mai 2017). Son pronostic était moyen. Se fondant sur ces éléments, l'assurée demandait une expertise judiciaire. Par ailleurs, la recourante ajoutait que les résultats de l'IRM, effectuée le 25 mars 2019, n'apportaient aucun élément nouveau et étaient ainsi « superposables aux examens précédents ».
29. Par duplique du 2 juillet 2019, l'intimée a rappelé qu'au moment de rédiger son rapport du 19 juillet 2017, son médecin-conseil, le Dr M_____, n'était pas en possession de tous les éléments de l'anamnèse, notamment les troubles médicaux antérieurs à l'accident. S'agissant des circonstances de l'accident, l'intimée rappelait qu'il s'agissait d'un escalier de deux marches, que la recourante avait raté

la première marche et était tombée en avant et que ses deux mains avaient amorti le choc, son coude droit étant serré contre le corps au moment de la chute. Un tel événement ne pouvait pas avoir causé une impotence complète de l'épaule droite. Une expertise judiciaire n'était pas nécessaire dès lors que l'expertise du Dr I_____ était complète.

30. Sur ce la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) 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.

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

3. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles de la santé de l'assurée étaient encore en lien avec l'accident du 21 avril 2017 au-delà de la date du 21 mai 2017 retenue par l'assurance.

4. a. 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. 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. 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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire

qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

c. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif

préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

d. 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 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 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 (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

5. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

6. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

c. Ainsi, en principe, lorsqu'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 permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. 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 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de

ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

e. En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

7. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).
8. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61

let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

b. 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), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre 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 et les références). 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).
10. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation,

il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

11. En l'espèce, la recourante allègue que les troubles de la santé en lien avec l'accident du 21 avril 2017, se prolongent au-delà de la date du 20 mai 2017 retenue par l'intimée, en se fondant sur les éléments suivants :

L'expertise serait contredite par les pièces du dossier, notamment l'anamnèse établissant que l'accident a entraîné une impotence fonctionnelle complète chez la recourante.

L'accident aurait déclenché une capsulite post-traumatique.

L'IRM du 25 mars 2019 avec produit de contraste serait déterminante pour établir si la capsulite est secondaire au début d'arthrose acromio-claviculaire ou secondaire à l'accident du 21 avril 2017.

Enfin, dans sa réplique du 17 juin 2019, la recourante considère que, dès lors que l'IRM du 25 mars 2019 n'a rien révélé et que l'expertise du Dr I_____ n'est pas convaincante, une expertise judiciaire devrait être ordonnée.

S'agissant des limitations fonctionnelles de l'épaule droite, les rapports médicaux et les examens des médecins traitants, réalisés antérieurement, à l'accident mettent tous en lumière l'existence antérieure d'une arthropathie acromio-claviculaire.

La consultation du 14 novembre 2016 pratiquée par le Dr B_____ conduit au diagnostic de tendinopathie, hypothèse confirmée par l'IRM réalisée le 18 novembre 2016 par le Dr C_____.

Il ressort de l'anamnèse de la recourante, décrite en page 5 de l'expertise, que lors de la consultation du 5 avril 2017 (soit deux semaines avant l'accident), le Dr H_____, chirurgien orthopédiste, a relevé que la patiente avait son bras droit immobilisé et maintenu par une écharpe « coude au corps » pour une « tendinopathie et peut-être une capsulite rétractile depuis un an ». L'examen démontrait que « l'épaule droite présentait une limitation fonctionnelle douloureuse avec une abduction de dépassant pas 45° ».

Il faut ajouter à cet élément le fait que, pendant toute cette période, la recourante était en arrêt de travail à 100 % selon le certificat médical délivré par son médecin traitant, le Dr B_____.

Ces éléments démontrent que la recourante souffrait déjà d'une impotence fonctionnelle avant l'accident du 21 avril 2017, ce qui est conforté par plusieurs faits mentionnés *supra* : le certificat médical d'arrêt de travail à 100 %, le bras maintenu en écharpe le long du corps et les constatations du Dr H_____ décrivant

« une limitation fonctionnelle douloureuse avec une abduction de dépassant pas 45° ».

La recourante attendait de l'IRM que cet examen permette de déterminer si la capsulite résultait de l'arthrose acromio-claviculaire ou de l'accident du 21 avril 2017. Comme elle l'a admis dans sa réplique, l'IRM du 25 mars 2019 n'a fait que confirmer les précédentes constatations. La recourante n'a donc pas démontré, sur la base d'une IRM, que la capsulite avait été déclenchée par l'accident.

Elle relève également – toujours dans sa réplique – que le médecin-conseil de l'intimée, le Dr M_____ avait considéré que le diagnostic de capsulite était le plus probable et que l'atteinte à la santé était en relation de causalité naturelle, avec un degré de vraisemblance prépondérante, avec l'accident du 21 avril 2017.

Or, comme cela a été vu *supra*, il n'a pas été établi que le diagnostic de capsulite était exclusivement et uniquement dû à l'accident. De plus, s'agissant de l'argument sur les conclusions du Dr M_____, force est de constater que ce dernier n'a fait aucunement mention des troubles de la santé antérieurs à l'accident, ce qui – comme le relève l'intimée qui l'avait mandaté – conforte qu'il ne connaissait pas en détail l'anamnèse de la recourante et – faute de connaître en détail l'existence des troubles de l'épaule droite déjà constatés en 2016 lorsque la recourante avait fait des travaux de peinture à son domicile – ne pouvait que les mettre en relation avec le seul événement connu de lui, à savoir l'accident du 21 avril 2017. Étant encore relevé que ce n'est qu'en date du 3 juillet 2017 que le Dr B_____ a communiqué à l'intimée son rapport sur l'accident du 21 avril 2017.

Au vu de ce qui précède, l'expertise réalisée par le Dr I_____ aboutit à des résultats convaincants. Les conclusions sont sérieusement motivées et ne contiennent pas de contradictions. Aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé.

La recourante n'expose d'ailleurs aucun élément contradictoire pouvant faire douter de la qualité de l'expertise, se bornant à attendre de l'IRM du 25 mars 2019 que cette dernière permette d'établir si la capsulite résultait des troubles dégénératifs antérieurs ou de l'accident.

Or, comme cela a été vu *supra*, la recourante a échoué à apporter cette preuve, l'IRM du 25 mars 2019 n'ayant fait que se superposer aux examens médicaux déjà réalisés précédemment.

A ce stade, la chambre de céans considère comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'accident a ainsi probablement empiré l'état de santé de la recourante, mais que cette dernière souffrait déjà d'une importante limitation fonctionnelle de l'épaule droite avant l'accident et qu'il est probable qu'une capsulite s'était déjà développée, comme cela a été envisagé par le Dr H_____.

La qualité de l'expertise étant reconnue et les contradictions alléguées par la recourante devant être écartées, il convient à présent d'examiner si des éléments objectifs permettent de mettre en doute la date du 20 mai 2017, retenue par l'intimée comme étant celle du *statu quo sine*.

L'expert I_____ fixe la durée des troubles à un mois au titre du *statu quo sine*, soit le délai dans lequel les troubles de la santé préexistants auraient de toute façon conduits au même stade d'évolution, même en l'absence d'accident. Cette hypothèse est objectivement renforcée, d'une part par l'existence des troubles de la santé dont souffrait la recourante avant l'accident et d'autre part, par le caractère relativement bénin de l'accident.

Il faut en effet rappeler que la recourante a manqué une marche et est tombée en avant sur ses deux mains, dans le sens de la montée. L'employeur lui-même, soit les HUG, a fait une déclaration d'accident-bagatelle.

Étant précisé que la recourante était déjà en arrêt de travail pour ses troubles à l'épaule droite au moment des faits.

En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. La recourante ne fait valoir aucun élément pertinent qui serait de nature à remettre en question l'appréciation de l'expert, ni ne propose une autre date qui reposerait sur des constatations objectivement démontrables et présenterait un degré de vraisemblance plus élevé.

Dès lors, la chambre de céans considère qu'au vu du dossier et de l'expertise, la date fixée par l'intimée apparaît comme la plus probable et présente le degré de vraisemblance prépondérante requis.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
13. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - 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

Le président

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

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