RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1451/2020 **ATAS/465/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 mai 2022

8ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à SAINT-DENIS, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marlyse CORDONIER	recourante

contre

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

Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente suppléante; Anny FAVRE et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1971, (ci-après l'assurée ou la recourante), domiciliée alors à Gex (France), travaillait en qualité d'infirmière diplômée du domaine opératoire auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Elle était assurée par son employeur contre les accidents auprès de la BALOISE ASSURANCE (ci-après : LA BALOISE ou l'intimée).

2. Par déclaration de sinistre du 10 mai 2011, l'employeur annonce à LA BALOISE un évènement survenu en date du 5 mai 2011 : "en attrapant une boîte d'orthopédie lourde en hauteur afin qu'elle ne tombe pas, effectué un mouvement brusque avec le bras gauche, ressent une violente douleur et un craquement au niveau de l'épaule gauche et du poignet gauche". L'assurée a été en incapacité de travail totale dès le 10 mai 2011 et LA BALOISE a pris en charge le cas comme accident.

3. L'IRM du 15 mai 2011 a mis en évidence une légère subluxation du long chef du biceps faisant penser à une atteinte très partielle du tendon subscapulaire et une bursite sous acromiale. En raison d'une instabilité médiale post traumatique du long chef du biceps gauche, l'assurée a subi le 17 juin 2011 une arthroscopie de l'épaule gauche et ténodèse du long chef du biceps.

4. L'assurée a développé par la suite une algoneurodystrophie et a été hospitalisée aux HUG, service de médecine physique et rééducation, pour une prise en charge multidisciplinaire du 6 septembre au 3 octobre 2011. Elle a poursuivi une rééducation auprès du Centre K_____, à Carcassonne, puis des soins auprès de divers médecins.

5. L'assurée a déposé une demande auprès de l'assurance-invalidité le 17 octobre 2011. Selon l'avis du médecin du Service médical régional AI (ci-après : SMR) du 21 juin 2012, le cas n'était pas stabilisé en raison d'une récidive flamboyante de l'algoneurodystrophie de l'épaule gauche, chez une assurée gauchère.

6. LA BALOISE a mandaté le Dr B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, pour expertise. Dans son rapport du 19 novembre 2012, l'expert a diagnostiqué une limitation fonctionnelle modérément douloureuse de l'épaule gauche sur maladie de Südeck en phase d'état, un status après subluxation antérieure gauche et ténodèse arthroscopique. Il a conclu à une incapacité de travail totale comme infirmière instrumentiste et à une capacité de travail totale dans toute activité professionnelle ne nécessitant pas d'efforts ni de mouvements répétitifs du membre supérieur gauche.

7. Le médecin SMR a considéré que la capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée dès août 2012, la profession d'instrumentiste n'était plus exigible. Un reclassement professionnel a été mis en place par l'assurance-invalidité, en qualité de régulatrice sanitaire à la Centrale du 144.

8. Par décision du 20 juin 2013, LA BALOISE a rappelé avoir versé des indemnités journalières à 100% du 10 mai 2011 au 28 février 2013 et constaté que l'assurée avait repris une activité professionnelle à 100% dès le 1er mars 2013 comme régulatrice au 144. Une IPAI de 10% déterminée par le Dr B_____ lui a été octroyée, soit CHF 12'660.--.

9. L'Office AI pour les assurés à l'étranger (ci-après OAIE), par décision du 30 décembre 2013, a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité limitée dans le temps, du 1er mai 2012 au 31 mai 2013. L'OAI a constaté qu'à l'issue du reclassement professionnel dans une activité parfaitement adaptée, le degré d'invalidité était de 0%.

10. Par déclaration d'accident du 15 avril 2014, l'employeur de l'assurée a annoncé une nouvelle incapacité de travail de son employée depuis le 16 avril 2014, suite à l'accident du 5 mai 2011.

11. Selon le Dr C_____, FMH en rééducation auprès de l'Hôpital de La Tour, la patiente a consulté pour une nouvelle crise hyperalgique depuis deux semaines. La situation s'était stabilisée ces deux dernières années avec une reprise du travail adapté. Cependant, depuis le 14 avril 2014, la situation est ingérable en ambulatoire et nécessite une hospitalisation en soins de rééducation pour adaptation de l'antalgie et rééducation adaptée pour son algoneurodystophie de l'épaule gauche.

12. L'assurée a été hospitalisée à deux reprises au Centre K_____ à Cerbère, en France, pour une prise en charge pluridisciplinaire, avec notamment sevrage morphinique. Dans le compte-rendu d'hospitalisation du 24 juillet 2014, le Dr D_____ a relevé que la patiente présentait un terrain psychologiquement fragile avec un contexte de douleurs chroniques neuropathiques. L'évaluation psychiatrique faite le 15 juillet 2014 a conclu à une histoire marquée par l'apprivoisement précoce de la souffrance en se positionnant en tant que malade avec sur-adaptation dans ce rôle et la capacité à en percevoir des bénéfices secondaires. A la fin de son séjour, la patiente a remis en cause la prise en charge médicale et au final, compte tenu de l'inefficacité de la prise en charge rééducative et médicamenteuse, une sortie immédiate a été finalisée. Cependant, la souffrance de la patiente était véritable et la participation cognitivo-émotionnelle pérennise l'hypersensibilisation sous ses différents aspects.

    Une scintigraphie osseuse pratiquée le 29 août 2014 au Centre hospitalier de Carcassone s'est révélée sans argument en faveur d'une algodystrophie an niveau de l'épaule gauche.

13. L'assurée a repris le travail à 50% dès le 1er mai 2015, à 70% dès le 1er octobre 2015 et à 100% dès le 1er novembre 2015.

14. Une nouvelle incapacité de travail à 100% a été attestée dès le 28 novembre 2016 par le Dr E_____, psychiatre et psychothérapeute. L'assurée présentait un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Elle a expliqué à LA BALOISE qu'à la

suite d'une altercation avec un supérieur, ce dernier lui a demandé de quitter son poste de travail, ce qu'elle a fait. L'arrêt de travail a été déclaré comme "maladie".

15. LA BALOISE a confié une nouvelle expertise au Dr B_____. Dans son rapport du 22 décembre 2017, l'expert indique qu'une nouvelle scintigraphie osseuse effectuée le 11 décembre 2017 n'a à nouveau montré aucun signe suspect d'une algoneurodystrophie de Südeck. Il a retenu les diagnostics notamment de status après subluxation antérieure traumatique du long chef du biceps gauche le 5 mai 2011 et ténodèse du long chef du biceps dans sa gouttière le 17 mai 2011, guéri sans séquelle anatomique objectivable. Sur le plan somatique, l'expert a conclu qu'il n'y a actuellement plus de lésion anatomique objectivable en lien de causalité naturelle probable avec l'accident survenu en 2011. Il n'y a pas d'incapacité de travail permanente pour les seules suites de l'accident du 5 mai 2011 et rien ne s'opposerait à une reprise de travail comme régulatrice au 144, même à temps complet.

16. Le 7 février 2018, le Dr C_____ a adressé un courrier au Dr B_____, se déclarant partiellement d'accord avec les conclusions concernant les diagnostics orthopédiques. Il était en effet d'avis qu'il persistait des séquelles claires d'une algoneurodystrophie au membre supérieur gauche sous forme de raideur de l'épaule, du coude, de la main et des doigts ainsi que des douleurs chroniques liées à ces raideurs.

17. L'assurée a contesté la valeur probante de l'expertise du Dr B_____ et communiqué un rapport du Dr F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH, du 13 mars 2018, au terme duquel la patiente souffre d'un CRPS (complex regional pain syndrome) consécutif à l'évènement accidentel initial. Analysant le cas à la lumière des critères dit de Budapest, le médecin indique que la patiente rapporte en particulier les quatre symptômes sous la rubrique 2, à savoir des allodynies ou des hyperalgies, des modifications thermiques ou des différences de couleur de peau, des troubles de la sudation ou de l'œdème ou une asymétrie et des troubles trophiques et moteurs avec une perte des amplitudes articulaires.

18. LA BALOISE a communiqué le rapport du Dr F_____ au Dr B_____ et l'a invité à se déterminer. Par courrier du 4 avril 2018, l'expert a indiqué que les arguments du Dr F_____, qui n'est pas chirurgien de la main ni expert SIM, n'amènent aucun élément nouveau susceptible de lui faire modifier ses conclusions. Il a rappelé que l'intervention de facteurs non somatiques et de "suradaptation dans le rôle d'invalide" a aussi été évoqué par d'autres personnes qui sont intervenues dans le traitement de cette patiente.

19. LA BALOISE a invité l'expert à se déterminer sur la causalité naturelle entre l'accident et la libération du nerf médian au canal carpien dont l'intervention était prévue le 25 avril 2018 par le Dr G_____ en France.

20. Par complément d'expertise du 15 mai 2018, le Dr B_____ a rappelé que lors de sa première expertise du 19 novembre 2012, il n'y avait aucun signe de syndrome du

tunnel carpien des deux côtés. La symptomatologie n'est apparue que bien plus tard, en 2015, lors d'un examen neurologique par le Dr H_____, puis en 2017 par le Dr I_____ montrant l'apparition progressive d'un syndrome du tunnel carpien gauche. Le syndrome du tunnel carpien gauche n'est vraisemblablement pas en lien de causalité naturelle avec l'accident, ni avec l'ancien Südeck dont les traces avaient déjà disparu en 2014. Selon l'expert, il faut considérer qu'il s'agit vraisemblablement d'une affection intercurrente indépendante à la charge de l'assurance maladie.

21. Par décision du 1er mai 2018, LA BALOISE a refusé la prise en charge des lésions corporelles dès le 1er mai 2018, au motif que le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles actuels et l'accident du 5 mai 2011 n'est plus admis.

22. L'assurée a formé opposition le 31 mai 2018, procédure qui a été suspendue dans l'attente de l'issue de la procédure AI alors en cours.

23. Le 28 novembre 2019, l'assurée a informé LA BALOISE que sa situation personnelle s'était profondément modifiée depuis une année. Elle a été licenciée au 31 octobre 2018, après que le médecin du travail des HUG a constaté que le poste au 144 n'était pas adapté compte tenu des séquelles de l 'accident; en effet, l'assurée ne parvenait pas à saisir les appels à vitesse réelle, ce qui avait pour conséquence une perte de secondes précieuses pour alarmer les moyens sanitaires. Elle résidait désormais dans le sud de la France où elle perçoit des prestations de chômage. Dès lors qu'elle n'avait plus droit aux mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité compte tenu de son domicile en France, l'assurée a retiré son recours déposé auprès du Tribunal administratif fédéral. Elle a conclu à ce que l'expertise du Dr B_____ soit écartée, à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause afin de déterminer son degré d'invalidité.

24. Par décision du 22 avril 2020, LA BALOISE (ci-après l'intimée) a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle se réfère aux conclusions motivées de l'expertise du Dr B_____ et à ses compléments, qui ont pleine valeur probante. Pour ce qui concerne les troubles somatiques, le lien de causalité naturelle avec l'accident doit être nié dès le 1er mai 2018, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. Quant aux troubles psychiques, ils ne sauraient être en relation de causalité avec l'accident, bénin. Les lésions anatomiques de l'épaule gauche ont guéri, sans séquelle objectivable et l'assurée a pu reprendre un travail adapté.

25. Par l'intermédiaire de sa mandataire, l'assurée interjette recours le 22 mai 2020, concluant à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 19% pour la période du 1er juin 2013 au 31 octobre 2018 et de 37% dès le 1er novembre 2018. La recourante conteste en substance l'expertise du Dr B_____ du 22 décembre 2017, considérant qu'il revient sur ses conclusions de novembre 2012 et qu'il s'agit d'une appréciation divergente. Elle soutient que le diagnostic posé par l'expert l'a été en méconnaissance complète des critères de Budapest, qui doit être le standard actuel

pour la pose du diagnostic de SDRC. La recourante se réfère à l'expertise établie par le Dr F_____ le 13 mars 2018 qui a examiné le cas à la lumière des critères de Budapest et conclu qu'elle souffre d'un SDRC consécutif à l'événement accidentel initial.

26. Par réponse du 14 juillet 2020, l'intimée conclut au rejet du recours. En novembre 2012, l'expert B_____ notait une limitation fonctionnelle sur maladie de Südeck en phase d'état, en relation de causalité naturelle avec l'accident avec une vraisemblance prépondérante. L'incapacité de travail était encore totale dans l'activité d'infirmière instrumentiste, mais dans une activité adaptée, la capacité de travail était déjà entière avec plein rendement. La recourante avait retrouvé une pleine capacité de travail dès le 1er mars 2013, date à laquelle elle a débuté une activité à plein temps aux HUG en qualité de régulatrice sanitaire à la centrale du 144. Dans sa deuxième expertise de décembre 2017, le Dr B_____ a procédé à une scintigraphie osseuse qui n'a montré à nouveau aucun signe suspect d'une algoneurodystrophie. Un examen neurologique a été pratiqué par le Dr I_____ le 18 décembre 2017 et a montré une aggravation significative de la vitesse de conduction sensitive du médian au tunnel carpien gauche par rapport à l'ENMG de 2015, mais insuffisante pour expliquer les plaintes subjectives et de toute façon sans indication thérapeutique particulière. L'intimée se réfère aux conclusions de l'expert B_____, à savoir que sur le plan strictement somatique, il n'y a plus aujourd'hui de lésion anatomique objectivable susceptible d'être mise en lien de causalité naturelle résiduelle pour le moins probable avec l'accident survenu le 5 mai 2011. Ces conclusions doivent se voir reconnaître pleine valeur probante, étant précisé que le Dr F_____ et les médecins traitants de la recourante n'indiquent par les raisons pour lesquelles les diagnostics retenus seraient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 5 mai 2011. La recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dès le 1er mars 2013, puis diverses incapacités de travail s'en sont suivies, avec une incapacité de travail totale dès le 28 novembre 2016, pour cause de maladie, attestée par les psychiatres. L'intimée se réfère aux décisions de l'assurance-invalidité, qui ont constaté que suite au reclassement professionnel, l'assurée ne subissait pas de perte de gain de sorte qu'elle ne présentait aucune invalidité. L'activité de régulatrice était parfaitement adaptée à l'état de santé de la recourante pour les seuls troubles en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident jusqu'au 1er mai 2018. Le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles et l'accident s'est éteint au plus tard le 1er mai 2018, de sorte que la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité.

27. Dans sa réplique du 31 août 2020, la recourante admet la valeur probante de l'expertise du Dr B_____ de 2012, mais conteste celle de 2017. Elle relève que le Dr J_____, dans son rapport du 29 mai 2017, fait état d'une évolution défavorable avec une péjoration de la situation, avec une majoration des signes cliniques d'algoneurodystrophie et une raideur progressive en péjoration au niveau de la main gauche. Quant à l'activité de régulatrice, les éléments du dossier démontrent qu'elle

n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles. Concernant le droit à la rente, la recourante soutient qu'en juin 2013, l'état médical pouvait être considéré comme étant stabilisé, selon le rapport du Dr B_____ du 19 novembre 2012, de sorte que l'intimée aurait dû l'examiner. Elle ne l'a pas fait, malgré la demande du case manager (pièce 93 intimée) alors qu'elle a statué sur l'IPAI par décision du 20 juin 2013. La recourante rappelle que l'évaluation de l'invalidité faite par l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents.

Concernant le revenu sans invalidité, il s'élevait avant l'accident à CHF 121'122.90, soit CHF 125'200.30 indexés à 2016. Le revenu d'invalide des années 2013 à 2014 ne peut être déterminé avec exactitude compte tenu du fait qu'elle percevait des indemnités journalières; en 2016, le revenu était de CHF 105'262.- et de CHF 106'615.- en 2017. La perte de gain s'élève à 16% en 2016.

La recourante maintient ses conclusions, sauf pour la période du 1er juin 2013 au 31 octobre 2018, où elle conclut à une rente de 16% en lieu et place de 19%.

28. Par duplique du 24 septembre 2020, l'intimée rappelle que le Dr C_____, médecin traitant, retenait que l'examen clinique du 12 décembre 2016 montrait l'absence de signe algoneurodystrophique et ne posait pas de diagnostic concernant l'enraidissement de la main. Pour le surplus, l'expert B_____ s'est déterminé sur le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe dans son complément d'expertise du 4 avril 2018 et a clairement motivé les raisons pour lesquelles le diagnostic retenu est une limitation fonctionnelle douloureuse atypique du membre supérieur gauche sans substrat anatomique objectivable. Concernant l'activité de régulatrice au 144, contrairement à ce que la recourante soutient, elle était parfaitement adaptée et elle avait retrouvé une pleine capacité de travail dans ce poste dès le 1er mars 2013. Suite à diverses périodes d'incapacité de travail, la recourante avait à nouveau retrouvé une pleine capacité de travail dès le 1er novembre 2015 jusqu'au 9 février 2016 (pièce 240 intimée), puis une nouvelle incapacité de travail totale du 10 février 2016 au 3 avril 2016, puis une pleine capacité de travail dès le 4 avril 2016 jusqu'au 28 novembre 2016, date à laquelle elle s'est trouvée en incapacité de travail totale pour cause de maladie en raison de troubles psychiques suite à une altercation avec un supérieur. L'intimée a versé des indemnités journalières pour les périodes d'incapacité de travail annoncées jusqu'au 3 avril 2016. Pour le surplus, aucun médecin n'indique que l'activité de régulatrice sanitaire ne serait pas adaptée. A tout le moins depuis le 28 novembre 2016, l'incapacité de travail de la recourante résulte de troubles psychiques qui ne sont pas en relation de causalité adéquate avec l'accident, étant rappelé que les troubles somatiques ne sont plus en relation de causalité naturelle avec l'accident depuis le 1er mai 2018 au plus tard.

Concernant le droit à la rente, l'intimée relève que la recourante avait retrouvé une pleine capacité de travail dès le 1er mars 2013 et ne souffrait d'aucune invalidité, de sorte qu'aucune indemnité journalière ou rente ne devait être versée. L'intimée n'avait donc pas à examiner ce droit dès le 1er juin 2013. Quoi qu'il en soit, la

comparaison des gains fondée sur les déclarations de salaire de l'employeur aboutit à un degré d'invalidité de 2,6%, celle résultant du revenu sans invalidité allégué par la recourante à un degré d'invalidité de 3,7%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. L'intimée persiste intégralement dans les termes et conclusions de sa réponse.

EN DROIT

1. a. Aux termes de l'art. 58 al. 1 LPGA (RS 830.1), en liaison avec l'art. 1 er al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20)., le tribunal des assurances compétent pour connaître d'un recours contre une décision en matière d'assurance-accidents obligatoire est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. Selon l'al. 2, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège.

   En l'espèce, lors du dépôt du recours, la recourante était domiciliée en France. Auparavant, elle avait travaillé pour les HUG, à Genève. Par conséquent, le tribunal compétent est celui du canton de Genève.

   b. 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 LAA.

   Sa compétence ratione loci et materiae pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

5. 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.

6. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit à des prestations d'assurance, plus particulièrement à une rente d'invalidité, suite à l'annonce de la rechute.

7. a. Préalablement, il convient de rappeler que si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139).

   b. 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).

   c. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

8. a. 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).

b. 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.

c. Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - Complex regional pain syndrome en anglais), algodystrophie ou maladie de Suedeck appartiennent aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constituent ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6). Ils désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde,

après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses; etc.) et c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n° 18 p. 69). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il n'est pas déterminant que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines après l'accident, mais que sur la base de constatations médicales fournies en temps réel, on puisse conclure que durant cette période de latence l'assuré a souffert au moins en partie des symptômes typiques de ce diagnostic. La causalité naturelle peut également être admise si le syndrome fait suite à une opération en lien avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 et les références citées).

9. 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).

10. En l'espèce, dans son rapport d'expertise du 22 décembre 2017, le Dr B_____ rappelle qu'il avait déjà examiné la patiente en expertise le 2 novembre 2012. Elle présentait alors des signes cliniques d'une algoneurodystrophie de Südeck post-traumatique de l'épaule gauche ave une limitation fonctionnelle modérément douloureuse et une diminution de la force du membre supérieur gauche ne lui permettant pas de reprendre son activité professionnelle habituelle d'instrumentiste ni d'infirmière. Le 1er mars 2013 elle avait repris une activité professionnelle adaptée à temps complet comme opératrice au 144. Les douleurs résiduelles se sont à nouveau aggravées à partir de 2014, mais de façon différente qu'en 2012. En effet, les troubles dystrophiques de Südeck n'étaient plus systématiquement retrouvés et une scintigraphie osseuse effectuée le 29 août 2014 à Carcassone s'est avérée normale. Le Dr B_____ a demandé un nouvel examen le 11 décembre 2017 et la scintigraphie n'a montré à nouveau aucun signe suspect d'une algoneurodystrophie de Südeck. L'examen neurologique avec ENMG effectué à sa demande par le Dr I_____ le 18 décembre 2017 montre une aggravation significative de la vitesse de conduction sensitive du médian au tunnel carpien gauche par rapport à l'ENMG de 2015, mais insuffisante pour expliquer les plaintes subjectives et de toute façon sans indication thérapeutique particulière. L'expert relève qu'en 2017, la patiente s'est progressivement confortée dans un rôle d'invalide, puis d'impotent avec un appareillage démonstratif au membre supérieur gauche, de très nombreux moyens auxiliaires et des soins infirmiers quotidiens à domicile. L'addiction médicamenteuse, notamment morphinique, persiste avec prescription par deux médecins différents à deux endroits différents de la France. L'expert conclut qu'on peut raisonnablement exclure des séquelles anatomiques significatives sur le plan ostéo-articulaire du membre supérieur gauche ainsi qu'une maladie de Südeck résiduelle. Quant au syndrome du tunnel carpien gauche, apparu en 2015, il ne peut pas être mis en lien de causalité avec l'ancien Südeck dont les traces avaient déjà

disparu en 2014. Par conséquent, sur le plan strictement somatique, il n'y a aujourd'hui plus de lésion anatomique objectivable susceptible d'être mise en lien de causalité naturelle résiduel pour le moins probable avec l'accident du 5 mai 2011. Le rôle des facteurs non somatiques sont hautement prépondérants, voire exclusifs, dans l'état de santé actuel de la patiente. Sur le plan somatique et en lien de causalité avec l'accident, l'expert considère que rien ne s'opposerait à une reprise du travail comme régulatrice au 144 même à temps complet. Concernant l'atteinte à l'intégrité, l'expert indiquait qu'il est difficile de retenir un taux d'atteinte à l'intégrité en l'absence de lésion somatique objectivable susceptible d'être mise en relation avec l'accident de 2011.

La chambre de céans constate que l'expertise du Dr B_____ remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir attribuer pleine valeur probante. L'expert a examiné la recourante, il a pris en compte ses plaintes, a procédé à des examens complémentaires radiologique et neurologique et a pris connaissance de l'intégralité du dossier. Le rapport d'expertise comporte une anamnèse détaillée, le résultat de l'examen clinique, une analyse et discussion circonstanciées du cas au regard de la vraisemblance prépondérante. Les conclusions du Dr B_____ sont claires, motivées et convaincantes.

11. La recourante conteste la valeur probante de l'expertise du Dr B_____, en se fondant plus particulièrement sur "l'expertise" du Dr F_____ du 13 mars 2018, selon lesquels elle souffre d'un CRPS post-traumatique.

    A cet égard, la chambre de céans constate, ainsi que le Dr B_____ l'a relevé dans son avis du 4 avril 2018, que le Dr F_____ émet un avis de partie et non d'expert neutre. Il ne semble en effet ne pas avoir eu connaissance de l'intégralité du dossier, ne se prononce pas sur les facteurs non somatiques et de suradaptation dans un rôle d'invalide évoqués par d'autres intervenants et, enfin, ne se prononce pas non plus sur le lien de causalité naturelle au regard de la vraisemblance prépondérante applicable en matière d'assurances sociales. Ses conclusions ne sont pas de nature à remettre en cause celles de l'expert B_____.

    Quant au rapport du Dr C_____, force est de constater que ce dernier ne discute pas non plus de la vraisemblance prépondérante. Son avis ne permet pas de remettre en cause les conclusions claires du Dr B_____.

    Concernant enfin les troubles psychiques survenus dans un contexte particulier (conflit avec un supérieur hiérarchique), ils ne sont pas en relation de causalité avec l'accident, bénin, et sont à charge de l'assurance-maladie, étant rappelé que la recourante avait retrouvé une pleine capacité de travail.

12. Force est de constater que les rapports médicaux produits par la recourante ne permettent pas de remettre en cause les conclusions claires et convaincantes de l'expert B_____.

13. Mal fondé, le recours est rejeté.

14. La procédure est gratuite.

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 — La présidente suppléante

Marguerite MFEGUE AYMON — Juliana BALDÉ

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