

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4649/2017

ATAS/407/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 mai 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à RUSSEY, FRANCE, représentée
par B_____ SA

recourante

contre

MUTUEL ASSURANCES SA, Service juridique, 5, rue des
Cèdres, MARTIGNY

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Claudiane CORTHAY et Michael BIOT, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1957, domiciliée en France, travaille depuis le 1^{er} mai 1985 en qualité de préparatrice emboîtement à C_____ (canton de Neuchâtel) pour le compte de D_____ (ci-après : l'employeur), société dont le siège se situe dans le canton de Genève. À ce titre, elle est assurée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de MUTUEL ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance).
2. Par déclaration d'accident du 8 mars 2017, l'assurée a annoncé à l'assurance qu'elle s'était blessée le 26 novembre 2016, alors qu'elle faisait du skating. Elle avait perdu l'équilibre en se déchaussant et était tombée sur son épaule droite. Tout le bras droit avait été touché et elle avait ressenti des douleurs dans la main, le poignet et la coiffe des rotateurs. Les premiers soins avaient été prodigués par le docteur E_____, médecin généraliste à Morteau (France) et le suivi du traitement assuré par le Centre hospitalier de Pontarlier (France). Elle avait été absente du travail le 19 décembre 2016, puis en incapacité de travail dès le 27 février 2017. Une opération était prévue.
3. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'assurance a notamment reçu les pièces suivantes :
 - un rapport du 13 février 2017 de la doctoresse F_____, radiologue à Morteau, suite à un bilan de l'épaule droite ; les radiographies avaient révélé des remaniements dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire, un aspect hétérogène du trochiter, une absence de calcification intra- ou péri-articulaire et une discrète diminution de l'espace sous-acromial, avec un bord inférieur de l'acromion concave vers le bas ; une échographie avait permis de constater que le tendon supra-épineux était très hétérogène, avec la présence d'une image liquidienne dans son insertion distale évoquant une rupture distale, que le tendon sous-scapulaire était très hétérogène, évoquant une tendinopathie, sans signe évident de rupture, et qu'il y avait une lame liquidienne dans le récessus sous-scapulaire ;
 - un rapport du 24 février 2017 de la doctoresse G_____ relatif à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule droite, laquelle avait mis en exergue une arthrose acromio-claviculaire, une rupture complète avec une rétraction et une amyotrophie du supra-épineux, une rupture partielle de l'infra-épineux avec une tendinopathie, ainsi qu'une tendinopathie du sous-scapulaire ;
 - un bilan radiographique du 8 mars 2017 du docteur H_____, radiologue à Morteau, constatant l'absence de pincement significatif des interlignes articulaires, de trouble de la minéralisation, de calcification péri-trochitérienne et de particularité au niveau de l'espace sous-acromial.

4. Le 13 mars 2017, l'assurée a été opérée par le docteur I_____, chirurgien orthopédique en France. Selon le compte-rendu opératoire, l'intervention a consisté en une arthroscopie de l'épaule droite, une ténotomie de la longue portion du biceps, une bursectomie, une acromioplastie décompressive, une réinsertion d'une rupture du sus-épineux étendue à l'infra-épineux. L'assurée souffrait de douleurs à l'épaule droite depuis une chute, en novembre 2016. Les douleurs étaient en rapport avec une rupture de taille intermédiaire du sus-épineux, avec une exposition bicipitale et un conflit sous-acromial. Lors de l'exploration géno-humérale, avait été notamment constaté un tendon du long biceps dégénératif. Les pathologies retenues étaient celles de rupture du sus-épineux étendue à l'infra-épineux, de tendinopathie bicipitale et de conflit sous-acromial.
5. Dans un courrier daté du 13 mars 2017, le Dr I_____ a écrit au Dr E_____ que les suites opératoires avaient été simples et que l'assurée avait débuté des séances d'auto-rééducation le lendemain de l'intervention. Il la reverrait un mois plus tard afin de s'assurer de l'évolution et la sevrer de son immobilisation.
6. En date du 20 mars 2017, un collaborateur de l'assurance s'est entretenu avec l'assurée au domicile de cette dernière.

Selon le rapport y relatif rédigé le lendemain, l'intéressée a notamment déclaré, concernant l'événement accidentel, qu'elle s'était penchée pour ouvrir la fixation de son ski droit et avait perdu l'équilibre, alors que ses pieds étaient toujours fixés aux skis. Le sol était légèrement en pente et elle était tombée de sa propre hauteur sur l'épaule droite. Elle avait ressenti comme une montée de chaleur, d'adrénaline dans tout le corps. Elle ne se sentait pas bien et était toute blanche. Elle avait été raccompagnée chez elle par un ami. L'après-midi, elle avait ressenti une grande fatigue et pensait s'être fait mal. Dans les jours qui avaient suivi, elle avait travaillé, mais les douleurs s'étaient répandues dans tout le corps (épaules, bras, mains, jambes et genoux). Elle avait consulté le Dr E_____, en décembre 2016, car elle se sentait toujours fatiguée et avait des douleurs partout. Son médecin traitant avait pensé qu'elle manquait de magnésium et avait procédé à des analyses sanguines qui n'avaient rien révélé. Elle avait ensuite consulté un médecin spécialisé en médecine interne, car la remplaçante du Dr E_____ avait évoqué une maladie rare, telle que la fibromyalgie. Ce médecin avait remarqué quelque chose au niveau de l'épaule; elle s'était soumise à des radiographies, puis à une IRM, avait à nouveau consulté son médecin traitant, puis le Dr I_____, le 27 février 2017, qui l'avait opérée le 13 mars 2017. Elle était restée hospitalisée jusqu'au 16 mars 2017. Elle devrait porter en permanence une écharpe et une contre-écharpe avec un coussin le mois suivant l'intervention, puis pourrait ôter le coussin, mais garder l'écharpe pendant un mois supplémentaire. Elle faisait des exercices à domicile et prenait des médicaments. Un traitement de physiothérapie serait introduit début avril, à raison d'une séance par semaine à domicile, puis de trois séances par semaine, lorsqu'elle pourrait se déplacer par ses propres moyens. S'agissant de sa situation professionnelle, elle était employée en horlogerie à 100%; elle travaillait assise, coudes à hauteur des

épaules, et effectuait des petits mouvements répétitifs des mains et des bras toute la journée. Elle avait déjà fait des chutes par le passé, mais n'avait jamais eu d'antécédents au niveau de l'épaule, ni de traitement.

7. Lors d'un entretien téléphonique du 11 avril 2017, l'assurée a indiqué à l'assurance avoir heurté une porte la nuit précédente. Elle devait passer une IRM le jour même et avait déjà des hématomes au nez et au menton.

Revenant sur l'événement du 26 novembre 2016, elle a précisé qu'elle était en dévers et était tombée sur le côté. Elle ne se souvenait plus comment était son épaule. Elle n'avait pas ressenti tout de suite des douleurs à l'épaule et s'était sentie très fatiguée l'après-midi. Elle avait eu des douleurs partout et avait consulté un médecin qui avait pensé à un manque de magnésium ou à une sorte de fibromyalgie. Après analyses sanguines, il l'avait envoyée à Besançon, où on lui avait dit qu'elle avait une tendinite à l'épaule. Ça avait pris quatre mois avant que la lésion à l'épaule ne soit constatée.

8. Le 12 avril 2017, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin-conseil de l'assurance, a estimé que le statu quo sine avait été atteint trois mois après le sinistre.
9. Par décision du 24 avril 2017, l'assurance a mis un terme à ses prestations au 24 février 2017. Elle a considéré, sur la base de l'avis de son médecin-conseil, que les lésions mises en évidence par l'IRM du 24 février 2017 ne pouvaient être la conséquence d'un événement traumatique tel que décrit, mais étaient dues à une affection malade. Au vu des pièces médicales et de l'accident en cause, la relation de causalité entre les lésions de l'assurée à l'épaule droite et l'accident du 26 novembre 2016 ne pouvait être admise que jusqu'au 24 février 2017, date à laquelle les suites de l'accident avaient pris fin au plus tard.
10. Par courriel du 12 mai 2017, l'assurée, par l'intermédiaire de B_____ SA, courtier en assurances de son employeur, a requis une copie de son dossier. Elle a précisé qu'elle formait, par pli séparé, opposition à la décision du 24 avril 2017 pour préserver ses droits, opposition qu'elle retirerait ou confirmerait par la suite.
11. Par courrier du 12 mai 2017, l'assurée s'est opposée à la décision du 24 avril 2017. Elle a invoqué que la preuve du statu quo ante vel sine n'ayant pas été apportée, l'assurance ne pouvait mettre un terme à ses prestations avec effet au 25 février 2017. Elle a en outre demandé que la procédure d'opposition soit suspendue jusqu'à nouvel avis.
12. Le 24 mai 2017, l'assurance a transmis à l'assurée son dossier et lui a demandé de lui indiquer, d'ici au 30 juin 2017, si elle retirait ou maintenait son opposition.
13. Par courrier du 30 juin 2017, l'assurée a confirmé et complété son opposition. En substance, elle a soutenu que l'appréciation du Dr J_____ était insuffisante pour statuer sur son droit aux prestations. D'ailleurs, la décision s'écartait des conclusions de ce médecin, puisque ce dernier avait estimé que le statu quo sine

était atteint trois mois après l'accident. Or, les lésions constatées lors de l'IRM du 24 février 2017 l'avaient été dans le délai de trois mois et étaient donc en lien avec l'accident assuré. Pour le surplus, l'assurée a sollicité la suspension de la procédure d'opposition.

14. En date du 19 juillet 2017, l'assurance l'a informée que son dossier était transmis au service compétent.
15. Le 27 septembre 2017, le Dr J _____ a rendu un rapport, basé sur le dossier de l'assurance et les examens d'imagerie des 13 et 24 février 2017, et 8 mars 2017, ainsi que sur les comptes rendus y relatifs.

Dans son appréciation du cas, le médecin-conseil a relevé que l'assurée avait pu poursuivre son travail et qu'elle n'avait consulté son médecin traitant qu'en décembre 2016 pour la première fois, en raison d'une fatigue et de douleurs multiples. Les premières investigations par imagerie avaient eu lieu trois mois après la chute et n'avaient pas montré de lésion structurelle imputable à l'accident. Par contre, ce bilan avait révélé la présence d'un état antérieur dégénératif ou maladif de l'épaule droite, sous forme de rupture quasi complète avec rétraction et amyotrophie du supra-épineux, une rupture partielle et une tendinopathie de l'infra-épineux, ainsi qu'une tendinopathie du subscapulaire, un remaniement du tranchiter, une diminution de l'espace sous-acromial et un remaniement dégénératif de l'articulation acromio-claviculaire. Les diagnostics complémentaires de tendinopathie bicipitale et de conflit sous-acromial avaient été posés et une arthroscopie avait eu lieu le 13 mars 2017 pour une ténotomie de la longue portion du biceps, une bursectomie, acromioplastie décompressive et une réinsertion d'une rupture du supra-épineux étendue à l'infra-épineux. L'étiologie de l'ensemble des lésions de l'épaule droite n'était pas traumatique, mais dégénérative ou malade. L'absence de lésion structurelle imputable à la chute – et, notamment, l'absence de lésion aigüe de la coiffe des rotateurs, comme le prouvait la présence d'une rétraction tendineuse et d'une amyotrophie qui ne pouvaient s'installer en quelques semaines - démontraient la chronicité des lésions, dans un contexte de tendinopathies et de troubles dégénératifs de l'épaule droite. Le déroulement des suites dans les semaines qui avaient suivi l'évènement (poursuite d'une activité professionnelle et investigations tardives) était incompatible avec une lésion aigüe de la coiffe des rotateurs et confirmait également la chronicité des lésions. En effet, une déchirure traumatique aigüe impliquait une consultation et des investigations rapides, ainsi qu'une incapacité de travail précoce.

Sur la base de ces éléments, le médecin concluait que l'évènement du 26 novembre 2016 avait vraisemblablement occasionné une contusion simple de l'épaule droite, aggravé de manière passagère un état antérieur dégénératif ou maladif révélé à l'imagerie et cessé de déployer ses effets trois mois plus tard. En effet, le temps habituel de guérison d'une contusion simple de l'épaule était de quatre à six semaines mais, en présence d'un état antérieur, ce délai pouvait être prolongé de quatre à six semaines supplémentaires.

16. Par décision sur opposition du 19 octobre 2017, notifiée le 23 octobre 2017, l'assurance a confirmé sa décision du 27 avril 2017.

L'intimée a rappelé que l'assurée avait pu, après l'évènement invoqué, continuer son activité professionnelle, laquelle requérait l'utilisation des deux membres supérieurs et une certaine dextérité, et ce, durant plus de trois mois. Si une lésion fraîche s'était produite le 26 novembre 2016, il y aurait eu une impotence fonctionnelle entraînant une incapacité de travail.

Se référant à l'appréciation du Dr J_____, l'assurance a conclu que les troubles de l'épaule droite subsistant au-delà du 24 février 2017 n'étaient pas en relation de causalité avec l'évènement survenu le 26 novembre 2016, ces troubles ayant un caractère exclusivement maladif ou dégénératif.

17. Le 7 novembre 2017, l'assurée a reproché à l'assurance d'avoir violé son droit d'être entendu en rendant sa décision sur opposition. Elle a proposé que cette dernière soit annulée en vue de la mise en œuvre d'une expertise, se déclarant disposée de participer aux coûts d'une telle instruction à hauteur de CHF 500.- et proposant le nom de trois spécialistes en chirurgie orthopédique qui officiaient accessoirement comme médecins-conseil de compagnies d'assurance.

Elle a communiqué à l'assurance les documents suivants :

- un courrier du 3 mars 2017 du Dr I_____ adressé au Dr E_____, mentionnant des antécédents de fibromyalgie ; l'assurée présentait des douleurs au niveau de l'épaule droite qui évoluaient depuis novembre 2016, suite à une chute ; les douleurs étaient en rapport avec une rupture de taille intermédiaire du sus-épineux étendue au bord supérieur de l'infra-épineux ; le long biceps était découvert par la rupture qui était douloureuse ; tout ceci s'intriquait dans un contexte de conflit sous-acromial ; le médecin préconisait une prise en charge chirurgicale ;
- un rapport du 24 avril 2017 du Dr I_____ relatant que l'assurée avait été opérée d'une « rupture traumatique » du sus-épineux étendue à l'infra-épineux ; l'évolution à un mois de l'opération était dans la norme, avec des douleurs nocturnes ;
- une appréciation du 23 août 2017 du docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, sollicité pour avis par le conseil de l'assurée ; ce médecin retenait le diagnostic de douleurs du membre supérieur droit et indiquait ne pouvoir se prononcer, en l'absence de tout rapport du Dr E_____ et du dossier d'imagerie ;
- un rapport du 17 octobre 2017 du Dr E_____, indiquant, en réponse à un questionnaire de l'assurée, que la première consultation avait eu lieu le « 25/11/2016 » en raison de douleurs insomniantes à l'épaule droite et d'une limitation des amplitudes, surtout en élévation antérieure et en latérale ; il avait conclu à une lésion tendineuse et une rupture complète, prescrit des antalgiques, des anti-inflammatoires, de la glace et du repos ; l'évolution avait été marquée par la persistance des douleurs ; à titre d'antécédents, le médecin traitant signalait des douleurs fibromyalgiques polyfocales.

18. Par courrier du 8 novembre 2017, l'assurance a fait remarquer à l'assurée que sa décision sur opposition était intervenue plus de trois mois et demi après son courrier du 30 juin 2017. Si l'intéressée avait besoin de temps pour réunir certains documents, elle aurait pu en informer l'assurance. Le rapport du Dr E_____, consulté au demeurant avant la date du sinistre, n'apportait aucun élément nouveau sur le plan médical, si ce n'était que l'assurée présentait déjà des douleurs au membre supérieur droit avant l'accident. Dans ces conditions, elle n'entendait ni mettre en œuvre une expertise, ni annuler sa décision sur opposition.
19. Par acte du 22 novembre 2017, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 19 octobre 2017 en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à la mise sur pied d'une expertise ayant pour objectif de déterminer l'étendue de la responsabilité pour les suites de l'accident du 26 novembre 2016 et à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge les frais d'instruction du dossier à hauteur des honoraires du Dr K_____ (CHF 200.-).

La recourante argue que l'existence de liens de causalité naturelle et adéquate a été admise et son droit aux prestations initialement reconnu.

Elle conteste la valeur probante de l'appréciation du Dr J_____, relevant que ce dernier n'a aucunement expliqué pourquoi les lésions radiologiquement objectivées ne seraient pas, au moins partiellement, imputables à l'événement accidentel.

Elle relève qu'aucune demande de rapport initial n'a été envoyée au Dr E_____, lequel a pourtant été consulté en premier recours, comme mentionné dans la déclaration d'accident; à cet égard, elle précise l'avoir consulté le 29 novembre 2016, et non le 25 novembre 2016; elle ajoute que si aucun arrêt de travail n'a été nécessaire, c'est parce que son activité professionnelle ne requiert ni port de charges, ni travail d'amplitude articulaire au niveau des épaules, d'une part, parce que c'était la période des fêtes, d'autre part. L'anamnèse sur laquelle repose l'application du médecin-conseil est donc erronée et incomplète.

La recourante maintient que l'intimée n'ayant pas apporté la preuve de l'atteinte du statu quo sine, elle était tenue de mettre sur pied une expertise médicale externe pour clarifier la question de l'étendue de sa responsabilité.

A l'appui de sa position, la recourante a notamment produit :

- un courrier du 13 mars 2017 du Dr I_____ au Dr E_____ l'informant de la poursuite du traitement post-opératoire ;
- une notice téléphonique du 27 juin 2017 de l'intimée ; il en ressort que la recourante a déclaré être retournée travailler suite à son accident, malgré des douleurs dans tout le bras ; elle se plaignait alors de l'épaule droite, mais pas seulement ; au bout d'une dizaine de jours, elle avait consulté son médecin traitant qui lui avait prescrit du magnésium ; elle disait ne pas avoir immédiatement annoncé le cas parce qu'elle pensait que la situation allait se régler ; elle souffrait encore des douleurs et n'était pas entièrement guérie ; en outre, elle s'était cassé le poignet droit ;

- un rapport du 17 novembre 2017 du Dr K_____, confirmant les douleurs du membre supérieur droit et émettant des doutes quant à la valeur probante du rapport du Dr J_____ dont il relève qu'il ignorait que la recourante avait consulté le Dr E_____ le « 29 novembre 2016 », soit trois jours après le sinistre, pour des douleurs insomniantes et des limitations fonctionnelles à l'épaule droite ;
- deux notes d'honoraires des 29 août et 17 novembre 2017 du Dr K_____, d'un montant de CHF 100.- chacune.

20. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 17 janvier 2018, a conclu au rejet du recours.

L'intimée considère que le rapport du Dr J_____ remplit toutes les conditions pour se voir reconnaître pleine valeur probante et que ce document n'est remis en doute par aucun avis médical contraire motivé. Le médecin-conseil a expliqué les raisons pour lesquelles il considère que l'événement accidentel n'a joué aucun rôle dans les lésions objectivées sur les imageries de février 2017. Il a précisé, en motivant son avis, que la déchirure du tendon supra-épineux étendue à l'infra-épineux était en rapport exclusif avec un état antérieur dégénératif ou maladif avec de multiples atteintes chroniques de l'épaule droite. Enfin, il a confirmé que les lésions objectivées à l'IRM du 24 février 2017 étaient d'origine exclusivement dégénérative. L'intimée en tire la conclusion que c'est à juste titre qu'elle a nié tout lien de causalité naturelle entre l'accident du 26 novembre 2016 et les troubles de l'épaule droite dès le 25 février 2017.

Elle relève n'avoir pas reçu de facture avant celle concernant la radiographie du 13 février 2017 et rappelle que le Dr E_____ a mentionné des antécédents au niveau du membre supérieur droit (douleurs fibromyalgiques polyfocales). Les premières investigations au niveau de l'épaule droite remontent à février 2017, les examens réalisés entre fin novembre 2016 et janvier 2017 consistant en prises de sang et examens n'ayant pas spécifiquement trait à l'épaule. L'intimée requiert la production du dossier du Dr E_____.

Pour le reste, elle produit un nouveau rapport rédigé le 12 janvier 2018 par le Dr J_____. Ce dernier y exprime l'avis que le fait que la première consultation ait eu lieu fin novembre 2016 ou en décembre 2016 ne change rien à ses conclusions, car la symptomatologie présentée par la recourante dans les suites précoces de l'événement accidentel et sa prise en charge médicale initiale sont très bien détaillées dans les rapports d'entretien. Les premiers symptômes suite à la chute n'étaient pas spécifiques et ne concernaient pas l'épaule droite, étant rappelé la montée de chaleur et la grande fatigue signalées par la recourante. Cette dernière a même indiqué ne pas avoir ressenti des douleurs tout de suite à l'épaule, avoir pu poursuivre son activité professionnelle et avoir souffert de douleurs dans tout le corps (épaules, mais également bras, mains, jambes et genoux). Les premiers éléments anamnestiques démontrent que la patiente a vraisemblablement subi un traumatisme bénin de l'épaule droite, incompatible avec le diagnostic de rupture

traumatique aigüe de la coiffe des rotateurs car ce type de lésion s'accompagne obligatoirement d'une symptomatologie douloureuse bruyante et d'une impotence fonctionnelle immédiates qui ne peuvent passer inaperçues. Le déroulement de la prise en charge initiale confirme également que le traumatisme de l'épaule droite a été bénin et qu'il était incompatible avec le diagnostic précité, puisque la recourante a consulté son médecin en raison d'une fatigue et de douleurs partout. Les premiers examens ont consisté en une prise de sang et les premiers éléments pathologiques retenus par le médecin traitant et son remplaçant ont été un manque de magnésium et une pathologie rare. Les investigations des troubles spécifiques de l'épaule droite ont été bien plus tardives et n'ont débuté que le 13 février 2017. Finalement, le rapport du Dr E_____ du 17 octobre 2017 n'est donc pas contributif, puisqu'il mentionne une première consultation le 29 novembre 2017 (recte : 25 novembre 2017) et ne reflète pas la symptomatologie initiale telle que décrite par sa patiente. Il correspond plutôt à l'état qui prévalait après la réalisation des investigations radiologiques. Enfin, ce médecin fait état de douleurs insomniantes, alors qu'une rupture traumatique aigüe de la coiffe des rotateurs entraîne des douleurs intenses et permanentes. Partant, l'ensemble des éléments signe une étiologie chronique des lésions de l'épaule droite, notamment de la coiffe des rotateurs.

Selon le médecin-conseil, l'accident assuré n'a joué aucun rôle, même partiel, dans les lésions objectivées sur les examens d'imagerie, entre dix et douze semaines après l'événement. L'épaule droite de la patiente présentait manifestement un état dégénératif ou maladif chronique, avec de multiples atteintes sous forme d'un remaniement de l'articulation acromio-claviculaire, d'un remaniement osseux du trochiter, d'une diminution de l'espace sous-acromial avec un conflit sous-acromial, d'une tendinopathie de l'infra-épineux, du subscapulaire (sans rupture) et du long biceps et d'une déchirure du tendon du supra-épineux étendue à l'infra-épineux. En effet, le remaniement de l'articulation acromio-claviculaire, le remaniement osseux du trochiter et la diminution de l'espace sous-acromial avec un conflit sous-acromial sont des pathologies d'étiologie exclusivement dégénérative ou malade, engendrant des modifications anatomiques progressives des structures articulaires et osseuses, évoluant sur de nombreux mois, voire des années, pour être observables à l'imagerie. Elles ne peuvent pas s'observer après trois mois. En outre, les tendinopathies présentes (de l'infra-épineux, du subscapulaire et du long biceps) sont des pathologies en relation avec le vieillissement, un état dégénératif ou maladif, une surcharge mécanique chronique ou des microtraumatismes répétés, pouvant mener à une dégénérescence et une rupture du tendon et ne sont pas d'étiologie traumatique. Les tendinopathies de la coiffe des rotateurs sont également favorisées par un conflit, tel un conflit sous-acromial, lequel était justement présent chez la recourante. Les tendinopathies du supra et de l'infra-épineux peuvent engendrer des modifications osseuses du trochiter sous forme de remaniement osseux, comme cela a été le cas en l'occurrence, et signe la chronicité des lésions tendineuses. Concernant la tendinopathie du biceps, le médecin note que l'opérateur a décrit, dans son compte-rendu opératoire, la présence d'un tendon du

long biceps dégénératif. La déchirure du tendon du supra-épineux étendue à l'infra-épineux est en rapport exclusif avec un état antérieur dégénératif ou maladif avec de multiples atteintes chroniques de l'épaule droite. La présence d'une rétraction tendineuse et surtout d'une amyotrophie du supra-épineux permet également de l'affirmer. En effet, la présence d'une amyotrophie prouve qu'il s'agissait d'une lésion ancienne du tendon puisqu'une telle modification anatomique du muscle ne peut s'installer en quelques semaines. Ainsi, l'événement assuré a vraisemblablement occasionné une contusion bénigne de l'épaule droite et n'a pas aggravé structurellement l'état antérieur dégénératif ou maladif de l'épaule droite. Par contre, il a aggravé de manière passagère l'état antérieur de cette articulation.

Enfin, les lésions objectivées à l'IRM sont d'origine exclusivement dégénérative en l'absence de contemporanéité entre l'apparition des troubles à l'épaule droite et la chute du 26 novembre 2017 (recte : 2016). En outre, la présence d'un état dégénératif ou maladif chronique et ses multiples atteintes démontrées à l'imagerie et la déchirure du tendon du supra-épineux étendue à l'infra-épineux, accompagnée d'une amyotrophie, prouvent qu'il s'agissait de lésions anciennes qui préexistaient à la chute de novembre 2016. Ces points n'ont d'ailleurs pas été contestés par le médecin-conseil sollicité par la recourante.

21. Dans sa réplique du 20 février 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle conteste la teneur du rapport de visite du 20 mars 2017, dont elle relève qu'il n'a été rédigé que le lendemain et sans lui avoir été soumis pour signature.

Elle allègue avoir rapidement ressenti des douleurs dans tout le corps, y compris dans l'épaule droite, et avoir consulté un médecin quelques jours après l'accident, principalement en raison de fortes douleurs et de limitations à son épaule droite. Selon elle, le rapport du 21 mars 2017 est manifestement incomplet, comme en atteste le fait qu'une inspectrice de sinistre a été obligée de compléter l'anamnèse de son cas par un entretien téléphonique.

Elle réfute également le contenu de la notice téléphonique produite par l'intimée, notice qui ne lui a jamais été transmise.

Elle explique que si ses déclarations orales ont pu manquer de précision, c'est parce que les événements s'étaient déroulés plusieurs mois auparavant.

L'affirmation selon laquelle la première visite médicale n'a eu lieu qu'une dizaine de jours après l'accident est contestée par la déclaration écrite du médecin traitant.

La recourante ajoute que si elle n'a pas envoyé à l'intimée la facture du Dr E_____, c'est parce que son montant était peu élevé et qu'elle l'a consulté également pour d'autres affections. Si elle a renoncé à annoncer immédiatement le cas à l'intimée, c'est qu'elle pensait que les douleurs s'estomperaient.

Compte tenu de son âge au moment du sinistre, il n'est pas surprenant que son épaule présente des troubles dégénératifs, parfois même importants. Ceci explique

également pourquoi l'accident, relativement banal, a pu causer les lésions en question.

L'intimée aurait dû solliciter le dossier médical du Dr E_____ au plus tard lors de la procédure d'opposition.

La recourante a produit une nouvelle appréciation du 6 février 2018 du Dr K_____, qui conclut à une rupture complète du tendon du sus-épineux de l'épaule droite et campe sur sa position, en dépit du dernier rapport du Dr J_____. A cet égard, le médecin répond que s'il est vrai que le type de lésion présentée par la recourante s'accompagne d'une symptomatologie douloureuse importante et d'une impotence fonctionnelle, le médecin traitant a bien fait état de tels symptômes. Il ajoute qu'il n'est pas possible d'affirmer sur la seule base des images d'IRM que des lésions à une épaule sont exclusivement dégénératives.

22. Dans sa duplique du 10 avril 2018, l'intimée a persisté à son tour dans ses conclusions.

Elle relève que, contrairement à ce que soutient la recourante, cette dernière a bien signé le rapport d'entretien du 21 mars 2017. Quant aux entretiens téléphoniques, ils font partie du suivi habituel des dossiers; le rapport du 11 avril 2017 n'avait donc pas pour but de compléter l'anamnèse. Les éléments qui ressortent de la notice relative à cet entretien correspondent d'ailleurs au contenu du rapport du 21 mars 2017.

À l'appui de son écriture, l'intimée produit un rapport du 9 avril 2018 du Dr J_____. Ce dernier souligne que ses conclusions se basent sur l'analyse des lésions anatomiques démontrées à l'imagerie et révélées lors de l'opération, mais également sur l'analyse des suites précoces de l'accident, incluant la chronologie d'apparition de la symptomatologie de l'épaule droite et la prise en charge médicale initiale de la patiente, selon les informations figurant dans les rapports d'entretien avec la recourante. L'analyse des lésions anatomiques et des éléments anamnestiques rapportés par l'intéressée dans les suites précoces de sa chute permettent conjointement d'affirmer que cette étiologie est exclusivement dégénérative ou malade chronique et de nier une origine traumatique aiguë des lésions structurelles de l'épaule droite en référence au sinistre assuré.

23. Par courrier du 19 avril 2018, la recourante a indiqué à la Cour de céans qu'elle n'était pas en possession du dossier médical complet du Dr E_____, mais qu'elle lui en demanderait une copie.
24. En l'absence de nouvelles de la recourante, malgré un délai prolongé au 25 mai 2018 pour produire le dossier complet du Dr E_____, la Cour l'a informée que, sans réaction de sa part d'ici au 2 juillet 2018, la cause serait jugée en l'état.
25. Par courrier du 18 juin 2018, la recourante a répondu qu'elle avait demandé le dossier à son médecin en avril 2018; il s'était engagé à faire le nécessaire pour le

faire parvenir directement à la Cour de céans, ce qui n'avait visiblement pas été le cas. Elle lui enverrait une relance le jour même.

26. En date du 4 juillet 2018, la Cour de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT

1. a. 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).

En vertu de l'art. 58 al. 2 LPGA, 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.

b. Selon la jurisprudence, il y a lieu d'admettre l'existence d'un for au lieu de la succursale - en tant que domicile du dernier employeur suisse - s'il constitue pour le litige un point de rattachement prépondérant. Tel est le cas lorsque l'assuré a travaillé pour la succursale d'une société, dans un canton différent du siège principal. Une telle solution est compatible avec le sens de l'art. 58 LPGA, dont le régime en cascade entend favoriser l'assuré. Il s'agit là d'une compétence alternative, dès lors qu'il est uniquement question de faciliter l'action en justice et que rien n'empêche un justiciable de saisir le tribunal du canton de l'établissement principal (arrêt du Tribunal fédéral 8C_872/2017 du 3 septembre 2018 consid. 6.5).

c. En l'espèce, la recourante, domicilié en France, travaille dans le canton de Neuchâtel. Toutefois, le siège principal de l'employeur est situé à Genève, de sorte que la compétence à raison du lieu de la Cour de céans est donnée.

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. a. 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.

Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent cependant, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

b. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

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.

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 8 novembre 2017 contre la décision sur opposition du 19 octobre 2017, notifiée le 23 octobre 2017, est recevable (art. 56 ss LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre un terme aux prestations accordées à la recourante avec effet au 24 février 2017, singulièrement sur l'existence d'un rapport de causalité entre les troubles présentés à l'épaule droite et l'accident du 26 novembre 2016 au-delà de cette date.

5. 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.

Conformément à l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b. 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).

6. a. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre

médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009).

Le seul 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. 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 (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

b. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter 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).

7. a. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) dans sa teneur en force jusqu'au 31 décembre 2016, adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des élongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h).

b. La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b).

Au surplus, la jurisprudence considère que les dispositions d'exception, comme l'art. 9 al. 2 OLAA qui contient une liste exhaustive, ne doivent être interprétées ni restrictivement ni extensivement, mais conformément à leur sens et à leur but, dans les limites de la règle générale. Aussi, n'est-il pas admissible d'étendre la liste des lésions corporelles assimilées à un accident en raisonnant par analogie (ATF 114 V 298 consid. 3e ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_118/2011 du 9 novembre 2011 consid. 4.3.3). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 2). 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 (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrêts cités). En l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA - les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2). Il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative si la lésion corporelle (assimilée) ne peut pas être rattachée à l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_763/2015 du 11 juillet 2016 consid. 3.3, 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

c. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2).

8. 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).

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. À 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).

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. Étant 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).

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).

9. a. 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).

b. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure 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).

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).

c. 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 avec les premières. 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 143 V 168 consid. 5.2.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.3). Un document qui fait état d'un

renseignement recueilli oralement ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c).

d. 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).

10. En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante a notamment subi une rupture du sus-épineux étendue à l'infra-épineux, lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Néanmoins, selon la jurisprudence, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative si la lésion corporelle (assimilée) ne peut être rattachée à l'accident en cause.
11. L'intimée a mis un terme à ses prestations au 24 février 2017. Elle a effet considéré, sur la base des avis de son médecin-conseil, que l'accident du 26 novembre 2016 avait temporairement aggravé un état antérieur malade ou dégénératif et avait cessé de déployer ses effets trois mois au plus tard après le sinistre. Quant aux lésions constatées lors du bilan d'imagerie, leur étiologie était exclusivement dégénérative ou malade chronique, à l'exclusion de toute origine traumatique.

La recourante, quant à elle, conteste ces conclusions et soutient que les troubles qu'elle présente au niveau de l'épaule droite et qui ont nécessité une intervention en mars 2017 sont en rapport de causalité avec l'accident assuré. Elle se réfère aux appréciations du Dr K_____ et aux éléments contenus dans le rapport du 17 octobre 2017 du Dr E_____.

12. Il convient donc d'examiner la valeur probante de ces différents documents.
 - a. Au préalable, en ce qui concerne le rapport relatif à l'entretien du 20 mars 2017, la Cour de céans observe qu'il est sans aucune importance que ce compte-rendu ait été rédigé le lendemain de l'entretien. Nul doute en effet que le collaborateur qui a rendu visite à la recourante a pris des notes à cette occasion afin de pouvoir établir un procès-verbal en bonne et due forme.

De plus, il sied de constater avec l'intimée que, contrairement à ce que soutient la recourante dans son écriture du 20 février 2018, ce document lui a bel et bien été soumis pour signature. Si l'intéressée considérait que les informations contenues

dans ce procès-verbal ne correspondaient pas à ses déclarations, il lui incombait de le signaler et de solliciter la modification du rapport. En apposant sa signature sur ce document sans émettre la moindre réserve, elle en a validé le contenu.

b. La notice de l'entretien téléphonique du 11 avril 2017, n'a en revanche effectivement pas été soumise à la recourante. Cela étant, ce document ne fait que confirmer les éléments retranscrits dans le rapport du 20 mars 2017.

En effet, selon le compte-rendu de la conversation téléphonique, la recourante a indiqué qu'elle était en dévers et avait chuté sur le côté. Elle n'avait pas ressenti immédiatement des douleurs à l'épaule droite, s'était sentie très fatiguée l'après-midi, avait présenté des douleurs partout et avait consulté un médecin qui avait évoqué des carences en magnésium et une maladie « rare » telle que la fibromyalgie. Il avait ordonné une prise de sang, puis l'avait envoyée à Besançon.

Ces explications sont en tous points conformes à celles ressortant du rapport du 21 mars 2017, puisque la recourante a signalé avoir chuté sur un sol légèrement en pente, avoir ressenti une « montée de chaleur » et « d'adrénaline » dans tout le corps, ne s'être pas sentie bien et avoir été toute blanche. L'après-midi, elle avait ressenti une grande fatigue. Elle avait par la suite souffert de douleurs dans tout le corps et avait consulté le Dr E_____ car elle se sentait toujours fatiguée et endolorie. Son médecin traitant avait pensé qu'elle manquait de magnésium et avait procédé à des analyses sanguines qui n'avaient rien révélé. Elle avait ensuite consulté un médecin spécialisé en médecine interne car la remplaçante du Dr E_____ avait évoqué une fibromyalgie. Ce spécialiste avait alors remarqué quelque chose au niveau de l'épaule; elle s'était soumise à des radiographies, puis à une IRM, et avait à nouveau consulté son médecin traitant, puis le Dr I_____.

c. Dans ces circonstances, il y a lieu de retenir, conformément aux premières déclarations de la recourante, que cette dernière n'a pas présenté de douleurs particulières ou de limitations fonctionnelles au niveau de l'épaule droite dans les suites immédiates de l'accident et qu'elle a consulté son médecin traitant en raison d'un état de fatigue et de douleurs dans tout le corps, notamment dans les membre supérieurs, des deux côtés (épaules, bras et mains), et dans les membre inférieurs (genoux et jambes).

Que la première consultation suite à l'accident ait eu lieu en décembre 2016, comme indiqué par la recourante le 20 mars 2017, ou le 29 novembre 2016, comme mentionné dans le recours, est sans incidence aucune, cette consultation n'ayant pas été motivée par des troubles spécifiques au niveau de l'épaule droite.

13. a. Le rapport du Dr J_____ du 27 septembre 2017 comporte une description de l'événement accidentel et de ses suites conforme aux déclarations de la recourante. Le spécialiste a étudié le dossier d'imagerie, ainsi que les comptes rendus y relatifs, et le rapport opératoire. Il a clairement expliqué que la rétraction tendineuse et l'amyotrophie constatées lors de l'IRM du 24 février 2017 ne pouvaient s'installer en quelques semaines et qu'elles préexistaient donc à la chute du 26 novembre

2016. Il a également exposé qu'une déchirure traumatique aigüe implique une incapacité de travail précoce et des investigations rapides, alors que la recourante a été apte à poursuivre son activité professionnelle jusqu'au 27 février 2017 et que les premiers examens pratiqués au niveau de l'épaule ne l'ont été qu'en février 2017. C'est au vu de ces éléments qu'il a considéré que la chute avait vraisemblablement occasionné une contusion simple de l'épaule. Le temps habituel de guérison d'une telle affection était de quatre à six semaines. Toutefois, pour tenir compte de l'état antérieur, ce délai pouvait être prolongé d'autant.

Dans son rapport du 12 janvier 2018, le médecin a encore longuement développé son argumentation et les raisons pour lesquelles il estimait que l'événement assuré avait vraisemblablement occasionné une contusion bénigne de l'épaule droite, qu'il n'avait pas aggravé structurellement l'état antérieur dégénératif ou maladif de l'épaule droite, mais, en revanche, aggravé de manière passagère l'état antérieur de cette articulation. Le déroulement de la prise en charge initiale confirmait que le traumatisme de l'épaule droite avait été bénin. L'ensemble des éléments permettait de conclure que le sinistre ne jouait aucun rôle, même partiel, dans les lésions objectivées sur les examens d'imagerie plus de dix semaines après l'événement.

Enfin, le Dr J_____ a précisé, le 9 avril 2018, que ses conclusions se basaient sur l'analyse des lésions anatomiques démontrées à l'imagerie et révélées lors de l'opération, mais également sur l'analyse des suites précoces de l'accident, incluant la chronologie d'apparition de la symptomatologie de l'épaule droite et la prise en charge médicale initiale de la patiente. Compte tenu de tous ces éléments, il était possible d'affirmer que l'étiologie était exclusivement dégénérative ou malade chronique et de nier ainsi une origine traumatique aigüe des lésions structurelles de l'épaule droite en référence au sinistre assuré.

Le Dr J_____ a expliqué de façon détaillée et claire les raisons pour lesquelles il retenait que l'événement du 26 novembre 2016 n'avait pas causé, au degré de la vraisemblance prépondérante, les atteintes constatées lors des examens pratiqués en février et mars 2017, notamment la rupture du sus-épineux.

b. La Cour de céans observe que les rapports du Dr J_____ résultent d'un examen approfondi de toutes les pièces pertinentes du dossier et procèdent d'une étude fouillée de tous les points litigieux importants. Les conclusions du médecin-conseil sont sérieusement motivées et cohérentes, sans aucune contradiction. Ces rapports, convaincants, remplissent les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Reste à examiner si d'autres avis comportent des indices concrets permettant de douter du bien-fondé des rapports du Dr J_____.

14. a. La recourante a produit plusieurs rapports le 7 novembre 2017, dont les courriers du Dr I_____ des 3 et 24 avril 2017 et le rapport du Dr K_____ du 23 août 2017, documents qui ne contiennent aucun élément médical inconnu du médecin-conseil.

b. S'agissant du rapport du Dr E_____ du 17 octobre 2017, il sied de relever que le médecin traitant y indique avoir conclu à une lésion tendineuse et à une rupture complète. Or, il est établi, et reconnu par la recourante elle-même, que ces diagnostics n'ont pas été posés avant février 2017. Partant, les renseignements fournis dans ce rapport ne correspondent manifestement pas aux observations du médecin traitant lors de sa première consultation. De plus, il paraît peu plausible que la recourante ait fait état de douleurs insomniantes à l'épaule droite et d'une limitation des amplitudes en novembre 2016 (ou décembre 2016), dès lors que le médecin traitant ne l'a alors pas adressée à un spécialiste, pas plus qu'il n'a requis d'examen en regard avec de telles plaintes. Ses investigations se sont limitées à des analyses sanguines en lien avec une éventuelle carence en magnésium ou une maladie telle que la fibromyalgie, ce qui étaye les premières explications de la recourante, selon lesquelles elle a consulté son médecin traitant en raison d'une fatigue et de douleur dans tout le corps. Enfin, le Dr E_____ a clairement indiqué avoir été consulté pour la première fois le « 25/11/2016 », soit avant le sinistre, ce qui permet de douter de l'exactitude des autres renseignements qu'il a fournis.

Compte tenu de ces éléments, aucune valeur probante ne saurait être reconnue au rapport du Dr E_____, lequel ne permet donc ni de s'écarter des premières déclarations de la recourante, ni de douter du bien-fondé des conclusions du médecin-conseil de l'intimée.

Il sera rappelé à toutes fins utiles que l'intéressée a été invitée à produire le dossier médical complet de son généraliste, ce qu'elle n'a pas fait, malgré l'octroi de deux prolongations de délai pour ce faire.

c. En ce qui concerne l'appréciation du Dr K_____ du 17 novembre 2017, elle ne comporte pas le moindre développement médical. Elle se limite à évoquer un diagnostic imprécis (douleurs du membre supérieur droit) et à affirmer que le rapport du Dr J_____ est dépourvu de valeur probante au motif que le médecin-conseil n'avait pas connaissance des informations contenues dans le rapport du Dr E_____. Or, comme exposé précédemment, ce dernier ne permet pas de retenir que la recourante aurait consulté son médecin trois jours après le sinistre et les indications qu'il contient sont en totale contradiction avec les premières déclarations de la recourante et n'apparaissent pas fiables. Partant, cet avis du Dr K_____ n'est pas propre à jeter le doute sur des explications du Dr J_____.

Dans son rapport du 6 février 2018, le Dr K_____ a diagnostiqué une rupture complète du tendon du sus-épineux de l'épaule droite. Ce diagnostic est manifestement incomplet puisque l'ensemble des lésions présentées au niveau de l'épaule droite ne sont pas citées. En outre, ce rapport ne contient ni indications détaillées quant au déroulement de l'accident, ni la moindre argumentation quant au lien de causalité entre le diagnostic retenu et l'événement accidentel. Enfin, il part du postulat que la recourante a consulté un médecin trois jours après sa chute en raison d'une impotence fonctionnelle et de douleurs à l'épaule, ce qui n'est en l'occurrence pas établi. Ce document ne contient donc aucun indice permettant de

remettre en cause les conclusions motivées du médecin-conseil de l'intimée. Au contraire, le Dr K_____ convient qu'une rupture complète du sus-épineux s'accompagne d'une symptomatologie douloureuse importante et d'une impotence fonctionnelle, et corrobore donc, sur ces points, l'argumentation du Dr J_____.

d. En conclusion, ces rapports ne contiennent pas le moindre élément susceptible de mettre en cause le bien-fondé des conclusions, motivées et convaincantes, du Dr J_____.

15. Par appréciation anticipée des preuves, il peut être renoncé à procéder à d'autres investigations.

16. a. Eu égard à tout ce qui précède, la Cour de céans fait siennes les conclusions du Dr J_____ et considère comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé de la recourante a été passagèrement aggravé par le traumatisme bénin du 26 novembre 2016, lequel n'a pas provoqué les lésions constatées en février et mars 2017. Ces pathologies sont exclusivement dues à des atteintes malades ou dégénératives qui préexistaient au sinistre.

b. S'agissant du retour au statu quo, il est rappelé que le Dr J_____ a mentionné un délai de trois mois (cf. rapports des 12 avril et 27 septembre 2017), tout en précisant que le temps habituel de guérison d'une contusion simple de l'épaule était de quatre à six semaines, délai pouvant être prolongé de quatre à six semaines supplémentaires en présence d'un état antérieur.

Le délai maximum est donc de 12 semaines, de sorte que le statu quo sine a été atteint le 18 février 2017 au plus tard.

L'intimée était donc fondée à nier le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 24 février 2017.

Mal fondé, le recours doit être rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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