



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3753/2019

ATAS/837/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 octobre 2020

15^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à RUMILLY, France

recourante

contre

BÂLOISE ASSURANCE SA, sise Service juridique,
Aeschengraben 21, BÂLE, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître Michel D'ALESSANDRI

intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Anny FAVRE et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1970, travaillait depuis le 16 mars 2009, en qualité d'aide-soignante, auprès des B_____ (ci-après : C_____). Elle était assurée à ce titre contre le risque d'accidents auprès de la Bâloise Assurance SA (ci-après : l'assurance-accidents ou l'intimée).
2. Le 6 février 2019 à 22h30, en se changeant dans les vestiaires, l'assurée a perdu l'équilibre, s'est heurtée le coude droit et a chuté.
3. Son médecin traitant, le docteur D_____, a attesté d'une incapacité complète de travailler dès le 6 février 2019.
4. Par déclaration de sinistre du 7 février 2019, les C_____ ont avisé l'assurance-accidents que, le 6 février 2019, leur employée, en se changeant, avait perdu l'équilibre, s'était heurtée le coude et avait chuté.
5. L'assurée a été examinée dans le Service d'accueil des urgences à Annecy, le 7 février 2019 à midi. Selon l'anamnèse dressée par la docteure E_____, la patiente était venue en raison d'un traumatisme du coude droit par un choc direct. Elle avait bénéficié d'une « prise en charge diagnostique et thérapeutique dans le même temps d'une lésion ostéo-articulaire, musculo-tendineuse ou des parties molles d'origine traumatique ». Ce médecin a retenu comme diagnostic une contusion au coude droit et a préconisé un glaçage, un antalgique, un arrêt de travail et a dressé une ordonnance de Doliprane 1000 mg., à prendre toutes les six heures en cas de douleurs (maximum quatre fois par jour).
6. L'assurée a également subi, le même jour, une radiographie du coude droit au Centre hospitalier F_____. Le résultat de l'examen a été une « absence de lésion osseuse post-traumatique, absence d'épanchement articulaire, respect des interlignes » selon le compte-rendu de la docteure G_____.
7. Le 8 février 2019, l'assurance-accidents a confirmé que l'événement annoncé par son assurée avait été enregistré. Elle a commencé à verser des prestations le 9 février 2019 à son assurée.
8. Le 28 février 2019, sur demande de son médecin traitant, l'assurée a passé un examen par scanner du coude droit, examen réalisé par le docteur H_____. Ce dernier a constaté l'absence de fracture visible au niveau du coude droit, l'intégrité des rapports articulaires au niveau du coude droit, pas de calcification intra ou péri-articulaire, l'absence d'épanchement intra-articulaire et une calcification à l'insertion du tendon du triceps brachial.
9. Par formulaire du 8 mars 2019, le Dr D_____ a rempli un rapport médical sur formulaire de l'assurance-accidents dans lequel il attestait que sa patiente était en incapacité de travailler dès le 6 février 2019 jusqu'au 30 avril 2019, peut-être, en raison d'une contusion du coude droit avec épicondylite latérale.

10. Le 11 mars 2019, le Dr D_____ a adressé sa patiente à son confrère, le docteur I_____, chirurgien de la main, du poignet, du coude et des nerfs périphériques, pour obtenir son avis. Il lui indiquait que la patiente avait présenté une violente contusion du coude droit le 6 février 2019 et que les radiographies initiales étaient normales. Sa patiente, qu'il avait vue les 9 et 15 février 2019, ne présentait aucune amélioration, la douleur à la palpation était identique sur l'épicondyle et sur la tête du radius (rien à signaler au niveau du col). L'extension était limitée par la douleur à 120 degrés, rien était à signaler sur la pronation, la supination n'était pas limitée mais réactivait la douleur. Craignant une atteinte du col du radius, il avait demandé une « TDM » du coude, laquelle s'était révélée normale, le 28 février 2019. Trente-trois jours après l'événement, la patiente se plaignait d'une douleur épicondylienne.
11. Le 16 avril 2019, le Dr I_____ a établi une attestation au sujet de l'assurée. Cette dernière présentait des douleurs épicondyliennes avec une douleur précise sur l'épicondyle et des tests d'épicondyles positifs. Il y avait lieu d'envisager une infiltration sous échographie avec le port d'une orthèse en extension du poignet. La reprise du travail pouvait être envisagée entre trois et six semaines après l'infiltration en évitant le port de charges lourdes à bout de bras.
12. L'assurée a suivi une rééducation au Centre Roosevelt - Rééducation Sàrl, par séances de massage, étirements, ultrasons et ondes de chocs. Les douleurs de l'assurée avaient légèrement diminué mais persistaient malgré la rééducation. L'assurée décrivait des paresthésies nocturnes de la main droite, selon une attestation dudit centre du 14 avril 2019.
13. En date du 13 mai 2019, le docteur J_____ a pratiqué l'examen recommandé par le Dr I_____, soit une infiltration sous contrôle échographique. Il a constaté, lors de l'échographie, une petite enthésopathie au niveau de l'insertion des tendons épicondyliens. Après asepsie rigoureuse, quadriphasique, l'aiguille est amenée au contact de l'enthésopathie épicondylienne. Quelques millilitres de Xyclocaïne et 4 mg de Kenacort Retard ont été injectés.
14. Une échographie du coude droit a été, à nouveau, réalisée le 8 juillet 2019 par le Dr J_____. L'indication était une épicondylite latérale partiellement améliorée par une infiltration, il y a deux mois environ. L'examen a relevé la présence de signes inflammatoires du tendon conjoint des épicondyliens latéraux, moins marqués que précédemment.
15. L'assurance-accidents a sollicité l'avis de son médecin conseil, le docteur K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel a attesté par rapport du 10 juillet 2019, que l'accident du 6 février 2019 n'était pas à l'origine de la lésion structurelle du coude droit. La relation de causalité naturelle entre le diagnostic de contusion du coude droit et l'accident était probable (supérieure à 50 %). La relation de causalité naturelle entre le diagnostic d'épicondylite du coude droit et l'accident n'était pas pour le moins probable. Le bilan par imagerie du 28 février 2019 et échographie du 13 mai 2019 n'avait pas démontré de lésions structurelles

imputables à l'accident. En revanche, ce bilan mettait en évidence la présence d'un état antérieur dégénératif/maladif sous forme d'enthésopathie à l'insertion des tendons épicondyliens. En l'absence de lésions structurelles imputables à l'événement et en présence d'un état antérieur, l'évènement du 6 février 2019 avait cessé de déployer ses effets après douze semaines. Le temps habituel de guérison d'une contusion étant de six à huit semaines mais en présence d'un état antérieur, ce délai pouvait être prolongé de quatre à six semaines supplémentaires.

16. Par décision du 18 juillet 2019, l'assurance-accidents a informé son assurée, en se fondant sur l'avis de son médecin-conseil, de ce qu'elle n'admettait plus le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles présentés et l'évènement du 6 février 2019 au-delà du 1^{er} mai 2019 et que l'assurée n'avait plus droit aux prestations de l'assurance-accidents. Elle motivait sa décision en se fondant sur l'appréciation du Dr K_____. L'accident avait provoqué une aggravation passagère de l'état de santé concernant le coude droit et un retour au statu quo pouvait être fixé à douze semaines après l'accident, soit le 1^{er} mai 2019.
17. Le 1^{er} août 2019, le Dr I_____ a établi un certificat d'examen attestant la présence de l'enthésopathie des tendons épicondyliens. La patiente présentait des douleurs, épicondyliennes au coude droit, secondaires, à une chute survenue le 6 février 2019. Chute, avec un choc direct sur l'épicondyle.
18. Par courrier du 5 août 2019, l'assurée s'est opposée à la décision de l'assurance-accidents du 18 juillet 2019. Elle exposait que le scanner du 28 février 2019 montrait qu'il n'y avait pas d'enthésopathie épicondylienne. En revanche, il existait une enthésopathie de l'insertion du triceps brachial qui n'avait rien à voir avec la douleur au coude. L'échographie montrait bien qu'il y avait une enthésopathie au niveau de l'insertion des tendons épicondyliens, due au choc survenu le 6 février 2019. Elle s'appuyait sur une attestation du Dr D_____. Ce dernier avait en effet attesté, le 31 juillet 2019, que le scanner du 28 février 2019 ne décrivait pas d'enthésopathie épicondylienne. En revanche, il existait une enthésopathie de l'insertion du triceps qui n'avait rien à voir avec le ressenti de sa patiente. La causalité entre l'accident et le ressenti épicondylien de la patiente était directe. Par ailleurs, l'assuré soutenait n'avoir jamais souffert de douleur épicondylienne par le passé.
19. La docteure L_____, rhumatologue, a, par rapport médical du 28 août 2019, relevé que l'assurée, qui n'avait pas d'antécédents de douleur au coude, avait bénéficié de repos, de traitements médicamenteux, de kinésithérapie avec ondes de choc en particulier et de deux infiltrations sous échographie ayant apporté une amélioration à chaque fois durant environ quinze jours et laissé des séquelles cutanées à type de dépigmentation locale. La patiente décrivait des parésies de l'avant-bras essentiellement nocturnes. À l'examen clinique, il notait une épicondylite typique avec discret flexum du coude et une suspicion d'atteinte de la branche postérieure du nerf radial pour laquelle il conseillait un examen par électroneuromyographie (ci-après : EMG). L'échographie trouvait une enthésopathie locale.

20. Le Dr M_____ a été consulté par l'assurée. Ce médecin a indiqué par écrit, le 29 août 2019, que le traitement suivi par l'assurée était adéquat et qu'au vu de l'évènement initial relativement bénin entraînant une atteinte spécifique d'évolution souvent longue et capricieuse, l'assurée avait été prise en charge par des spécialistes de manière appropriée. Une nouvelle consultation devait être reprogrammée, une fois qu'il aurait reçu le dossier médical de l'assurée. Il ne lui était pas possible au vu de l'affection dont souffrait l'assurée, d'évolution parfois très longue et de pronostic incertain, de prédire une reprise de l'activité professionnelle et ses conditions.
21. Le bilan neurologique électroclinique (ci-après : EMG) dressé par la docteure N_____, le 6 septembre 2019, a relevé la présence d'un syndrome du nerf interosseux postérieur (branche profonde du nerf radial) droit avec diminution de la vitesse de conduction du nerf dans la traversée du coude. Un avis chirurgical était conseillé.
22. Par décision du 10 septembre 2019, l'assurance-accidents a rejeté l'opposition et confirmé sa décision en s'appuyant sur l'avis de son médecin-conseil.
23. Le 7 octobre 2019, Mme A_____ a fait recours contre la décision de l'assurance-accidents du 10 septembre 2019. Elle soutenait que l'épicondylite dont elle souffrait était uniquement due à l'accident professionnel du 6 février 2019. Elle se fondait sur l'avis de son médecin traitant à cet égard et sur le fait qu'elle n'avait jamais souffert d'une telle affection avant le 6 février 2019. Elle concluait à ce que la cause accidentelle de son état soit reconnue et que partant la décision de l'intimée soit revue.
24. À défaut de pouvoir se rendre à Lyon en consultation avec le Dr I_____, l'assurée a été adressée par son médecin traitant au docteur O_____, à Annecy, que cette dernière a consulté le 3 octobre 2019. Ce praticien a décidé d'opérer Mme A_____, le 31 octobre 2019 et lui a prescrit le port d'une attelle thermoformée en extension de poignet 30 degrés pour épicondylite. L'indication de l'opération était « allongement épicondylien + neurolyse du nerf radial à l'arcade de Frohse ».
25. Le 31 octobre 2019, l'assurée a subi cette opération à la Clinique générale d'Annecy.
26. Le docteur O_____ a établi une attestation d'arrêt de travail du 31 octobre 2019 au 15 décembre 2019, à la suite d'une chirurgie pour « allongement épicondylien et neurolyse du nerf radial coude droit ». Il a ensuite prolongé l'arrêt de travail à plusieurs reprises, la première fois jusqu'au 19 janvier 2020, puis jusqu'au 15 mars 2020.
27. Par mémoire du 24 janvier 2020, l'intimée a répondu au recours de son assurée. En sus des avis médicaux relatifs au cas spécifique de l'assurée, elle a évoqué un article paru dans la Revue médicale suisse 11/2015, des docteurs P_____ et Q_____ au sujet de l'épicondylite. Ces médecins exposaient que dans

l'épicondylite, les connaissances actuelles parlaient en faveur d'une atteinte tendineuse dégénérative et non plus d'inflammation. Ainsi, les termes tendinopathie ou enthésopathie mécanique étaient préférés au terme tendinite. Dans le cas d'espèce, tous les médecins avaient posé des diagnostics de contusion et d'épicondylite du coude droit. S'agissant de la contusion, il n'était pas contesté qu'elle était en lien de causalité avec l'événement du 6 février 2019, si ce n'est que la relation de causalité s'était éteinte selon l'intimée au 31 avril 2019. Quant à l'épicondylite, il s'agissait d'une atteinte tendineuse dégénérative et non inflammatoire et aucun médecin consulté n'avait contesté la présence d'un état dégénératif ou maladif antérieur à l'accident sous forme d'une enthésopathie à l'insertion des tendons épicondyliens comme l'avait relevé le Dr K_____. Lorsque le Dr D_____ avait établi son rapport du 31 juillet 2019, il n'avait certainement pas eu connaissance du rapport d'échographie du 13 mai 2019 du Dr J_____, selon lequel avait été constaté, lors de l'échographie, une petite enthésopathie au niveau de l'insertion des tendons épicondyliens. En conclusion, l'intimée s'en est rapportée à l'appréciation de la chambre de céans quant à la recevabilité du recours et a conclu au rejet du recours.

28. Le 7 février 2020, le Dr D_____ a relevé que sa patiente, qu'il suivait depuis octobre 2013, n'avait eu aucune doléance concernant son coude droit avant l'accident du 6 février 2019.
29. Le 27 février 2020, la recourante a fait part de sa réplique à la réponse de l'intimée. Elle a reproduit un extrait tiré d'un article publié par le docteur R_____, dans « Qui sommes-nous/auteur/R_____ » ce qui suit : « Brève description : L'épicondylite est une inflammation douloureuse touchant l'épicondyle, cette structure osseuse légèrement saillante située sur la face externe du coude, Rencontrée surtout chez les adultes de 35 à 50 ans, l'épicondylite peut être traitée de plusieurs manières, y compris par la chirurgie pour les cas les plus récalcitrants. (...) Causes : la douleur peut s'installer progressivement à force de tensions répétées ou de mauvaises positions de travail sollicitant les muscles de manière répétée. Elle peut également survenir brusquement lors d'un choc au niveau du coude. Parmi les situations à risques on peut citer : un choc violent au niveau du coude ». Elle a demandé, à titre de conclusions, que la chambre de céans reconnaisse que sa pathologie est liée à l'accident survenu au sein de son unité professionnelle, rejette la décision du 18 juillet 2019, prise par le représentant de l'intimée, prononce la décision de dédommager Mme A_____ des pertes financières subies depuis que sa prise en charge n'est plus admise, ce, rétroactivement au 1^{er} mai 2019 et déboute l'intimée de toutes autres ou contraires conclusions.
30. Par courrier du 15 mai 2020, l'intimée a dupliqué et a transmis à la chambre de céans un certificat médical établi par la Dre E_____ le 7 février 2019, et les certificats médicaux établis par la suite par le Dr D_____, ces certificats démontrant que la recourante avait été victime d'un choc bénin. Le caractère bénin

du choc était confirmé par les radiographies du coude droit pratiquées le lendemain de l'accident qui montrent l'absence de lésions osseuses post-traumatiques ; l'absence d'épanchement articulaire et le respect des interlignes. Le scanner pratiqué le 28 février 2019 relevait également l'absence de fractures visibles au niveau du coude droit, l'intégrité du rapport articulaire au niveau du coude droit, l'absence de calcification intra ou péri-articulaire, l'absence d'épanchement intra-articulaire et une calcification à l'insertion du tendon du triceps brachial. Le Dr D_____, dans son rapport du 11 mars 2019, confirmait d'ailleurs que le scanner du coude droit pratiqué le 28 février 2019 était normal. L'infiltration sous échographie pratiquée le 13 mai 2019 par le Dr J_____ révélait qu'à l'échographie, l'on retrouvait une petite enthésopathie au niveau de l'insertion des tendons épicondyliens. Il avait été pratiqué une infiltration. Le bilan par imagerie n'avait ainsi pas démontré de lésion structurelle imputable à l'événement mais avait établi la présence d'un état antérieur dégénératif/maladif sous la forme d'une enthésopathie à l'insertion des tendons épicondyliens comme retenu par le Dr K_____. D'ailleurs, même le Dr I_____, dans son rapport du 1^{er} août 2019, relevait que sur l'échographie du 13 mai 2019, le Dr J_____ avait retrouvé une enthésopathie des épicondyliens. En indiquant que cette tendinite pouvait être secondaire à son traumatisme du 6 février 2019, le Dr I_____ retenait l'existence d'un rapport de cause à effet entre le trouble et l'accident comme seulement possible. Cela était impropre à établir une relation de causalité naturelle. Le 6 septembre 2019, la Dre N_____ avait conclu à un syndrome du nerf interosseux postérieur droit. Le Dr D_____ retenait une compression radiale. Le Dr O_____ avait procédé à un allongement épicondylien au coude droit et neurolyse du nerf radial du sous supinateur droit le 31 octobre 2019, soit une opération visant à soigner l'enthésopathie au niveau de l'insertion des tendons épicondyliens mise en lumière par le Dr J_____. L'intimée rappelait que l'enthésopathie était une maladie qui touchait les insertions tendino-capsulo-ligamentaire sur les os, à savoir un état antérieur dégénératif/maladif conformément à l'appréciation du Dr K_____. Lequel avait parfaitement évalué les circonstances de l'accident survenu le 6 février 2019, à savoir que l'assurée avait perdu l'équilibre, son coude droit avait heurté le coin d'un meuble du vestiaire puis avait chuté, elle n'avait jamais chuté directement sur son coude droit mais avait simplement heurté le meuble d'un vestiaire, événement qualifié de « relativement bénin » par le Dr M_____. Après avoir pris connaissance des nouveaux rapports médicaux, le Dr K_____ avait maintenu son diagnostic et avait établi un nouveau rapport le 30 avril 2020. La documentation médicale produite démontrait que l'épicondylite était une atteinte tendineuse dégénérative et non inflammatoire et aucun des médecins consultés ne contestait la présence d'un état antérieur dégénératif/maladif sous la forme d'une enthésopathie à l'insertion des tendons épicondyliens. Le Dr K_____ avait ainsi correctement interprété le rapport échographique du Dr J_____ du 13 mai 2019 en retenant que le bilan par imagerie démontrait la présence d'un état antérieur dégénératif/maladif

sous la forme d'une « enthésopathie à l'insertion des tendons épicondyliens ». Sur ce, l'intimée a maintenu ses conclusions.

31. Selon le rapport du 30 avril 2020 du Dr K_____, produit par l'intimée :

« (...) Le traitement initial a été conservateur, notamment par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), kinésithérapie et infiltrations puis, chirurgical le 31.10.2019 pour traitement d'une épicondylite D par allongement des tendons épicondyliens, incision de l'aponévrose musculaire et des fascias et neurolyse du nerf radial sous l'arcade du muscle supinateur (arcade de Frohse). L'opérateur n'a pas décrit de lésion structurelle imputable à l'événement et notamment pas de lésion tendineuse et musculaire, de lésion de l'épicondyle et de lésion du nerf radial et de son voisinage. Il a mentionné un aspect d'encoche au site de compression du nerf radial (rapport opératoire du Dr M. O_____ du 31.10.2019). Les nouvelles pièces médicales à disposition n'apportent aucun élément concret, respectivement aucune donnée objective susceptible de modifier ma prise de position précédente, à savoir que l'événement du 06.02.2019 n'a pas provoqué de lésion structurelle et qu'il a cessé de déployer ses effets 12 semaines après ».

32. Les écritures de l'intimée et les pièces supplémentaires ont été adressées à la recourante le 18 mai 2020.

33. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, 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).

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 après cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis au nouveau 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 depuis le 1^{er} janvier 2017.

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'intimée au-delà du 1^{er} mai 2019, plus particulièrement sur la question de savoir si les troubles dont souffre la recourante sont en lien de causalité avec l'événement du 6 février 2019.
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 réputé 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).

c. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

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

d. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

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

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

6. L'art. 10 al. 1 LAA prévoit que l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b), au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital (let. c), aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d) et aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

D'après l'art. 16 al. 1 LPGA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière.

En vertu de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

7. 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. 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).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

8. 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).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

9. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. 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).
11. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).
12. En l'occurrence, après avoir perdu l'équilibre, la recourante s'est heurtée le coude droit et a chuté, dans les vestiaires de son lieu de travail, le 6 février 2019. À la suite de cet événement, la recourante s'est plainte d'une douleur au coude droit.

Une contusion a été diagnostiquée par la Dre E_____, consultée le 7 février 2019, auprès du Service d'accueil des urgences à Annecy. La radiographie du 7 février 2019 a confirmé l'absence de lésion osseuse post-traumatique ou d'épanchement articulaire. Un scanner du coude du 28 février 2019, à la demande du Dr D_____ qui craignait une atteinte du col du radius, n'a pas confirmé la crainte de ce médecin. L'examen a en revanche mis en évidence l'intégrité des rapports articulaires au niveau du coude droit et une calcification au niveau de l'insertion du

tendon du triceps brachial, à l'exclusion de fracture visible, d'épanchement et de calcification intra ou péri-articulaire (rapport du Dr H_____). Adressée ensuite par son médecin traitant au Dr I_____ pour des douleurs épicondyliennes, la recourante a reçu des infiltrations à deux reprises qui l'ont momentanément soulagée. La reprise du travail pouvait être envisagée sous trois à six semaines selon le Dr I_____. Enfin le Dr J_____, également consulté par la recourante sur conseils de ses médecins traitants, a procédé à l'examen préconisé par le Dr I_____, sous échographie, le 13 mai 2019. C'est ainsi cet examen complémentaire qui a permis de mettre en évidence une petite enthésopathie au niveau de l'insertion des tendons épicondyliens. Ce diagnostic a été confirmé le 8 juillet 2019 par le Dr J_____ qui a constaté des signes inflammatoires moins marqués qu'avant les infiltrations.

Ni l'imagerie du 28 février 2019 ni l'échographie du 13 mai 2019 n'ont mis en lumière de lésions structurelles consécutives au heurt du coude le 6 février 2019.

Le diagnostic posé par le Dr K_____, sur la base des examens et avis médicaux établis par les praticiens consultés par la recourante et sur la base des images au dossier, est ensuite venu confirmer l'existence d'une enthésopathie des tendons épicondyliens. L'existence d'une maladie dégénérative préexistante était à l'origine de l'enthésopathie des tendons épicondyliens et non le choc bénin du 6 février 2019. Ce choc n'avait pas été violent ni immédiatement suivi d'une lésion autre que la contusion qui aurait été visible sur l'imagerie.

Le diagnostic du Dr K_____ quant à l'atteinte, soit l'enthésopathie au niveau de l'insertion des tendons épicondyliens, est identique à celui posé par le Dr I_____, dans son attestation du 1^{er} août 2019, quand bien même ce dernier procède du postulat qu'un choc violent a été à l'origine de l'atteinte à l'épicondyle.

Le seul médecin qui retient le diagnostic d'une enthésopathie à l'insertion du triceps brachial est ainsi le Dr D_____. Contraire aux avis des médecins ayant effectué les examens des 28 février, 13 mai et 8 juillet 2019 et au diagnostic du Dr K_____, ce diagnostic du Dr D_____ n'apparaît pas probant. Il sera dès lors écarté.

Faute de lésion structurelle objectivée immédiatement après l'événement du 6 février 2019, hormis une simple contusion, l'atteinte dégénérative décrite par le Dr K_____ apparaît comme hautement vraisemblable. L'appréciation de ce médecin est clairement exposée, dûment motivée et convaincante. Aucun avis médical n'exclut le diagnostic de l'atteinte dégénérative préexistante.

Quant au caractère dégénératif de la lésion, le fait que le médecin traitant de la recourante ait indiqué que sa patiente ne s'était pas plainte du coude par le passé ne saurait exclure ce diagnostic, non encore posé lors de l'événement accidentel. Ce fait ne suffit pas non plus à remettre en cause le diagnostic du Dr K_____, lequel n'a pas nié que le choc ait pu aggraver une épicondylite préexistante et non encore diagnostiquée. En revanche, il a rappelé comme cela ressort également de la

littérature médicale spécifique que seul un choc violent - ce qui n'est pas le cas en l'occurrence - pourrait être à l'origine d'une telle atteinte. Au demeurant, bien qu'elle admette que l'atteinte tendineuse puisse être le résultat d'un choc violent, la littérature médicale considère actuellement l'épicondylite comme une atteinte dégénérative.

On rappellera que 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.

Au égard à ce qui précède, aucune lésion d'étiologie traumatique à l'exception de la contusion au coude n'est établie.

Le lien de causalité entre le diagnostic d'épicondylite du coude droit de la recourante et l'événement du 6 février 2019 doit dès lors être nié.

L'intimée était en conséquence en droit de mettre fin à ses prestations, nonobstant les douleurs alléguées par la recourante, une fois le statu quo ante pour la contusion au coude atteint.

Il l'a été, selon l'avis motivé et probant du Dr K_____, le 30 avril 2019, de sorte que dès cette date, seuls les facteurs étrangers à l'accident ont eu une influence sur l'état de santé de la recourante.

En conséquence, la décision de l'intimée mettant fin à ses prestations au 30 avril 2019 ne peut qu'être confirmée.

13. Le recours sera rejeté.

14. Pour le surplus, 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

Marie NIERMARÉCHAL

Marine WYSSENBACH

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