

GE_GERICHTE ATAS/30/2025 vom 21. Januar 2025

GE Cour de justice, 2025-01-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_30_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/30/2025 du 21 janvier 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/30/2025 del 21 gennaio 2025

Erwägungen

E. 1.1

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.

E. 1.2

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.

A/533/2024 - 11/24 -

E. 1.3

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.

E. 2

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 12 janvier 2024, par laquelle l'intimée a refusé d'allouer à la recourante des prestations en lien avec les troubles annoncés à l'appui de sa rechute.

E. 3

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. L'art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202) précise par ailleurs que les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives. 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.

E. 3.1

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur ; il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402

consid. 2.1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

E. 3.2

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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). 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

A/533/2024 - 12/24 - 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 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.

E. 3.3

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. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le

fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

E. 3.4

Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de

A/533/2024 - 13/24 - causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références).

E. 3.5

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h). On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. La liste des lésions énumérées par l'art. 6 al. 2 LAA dans sa nouvelle teneur est identique à celle auparavant contenue dans l'art. 9 al. 2 aOLAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893). Selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition

ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la

A/533/2024 - 14/24 - révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance ; compétence de l'assureur-accidents; calcul du gain assuré; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGa), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGa, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGa ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste selon l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1er janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou maladie (ATF 146 V 51 consid. 9.1). Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accidents. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre l'état antérieur, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par exemple, un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou, publié in BMS 2016 p. 1742 ss). Les différents indices qui parlent en faveur ou en défaveur de l'usure ou de la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales probantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire à plus de 50% de l'ensemble des facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (consid. 8.6).

E. 4

mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 5

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 et les

références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel

A/533/2024 - 17/24 - l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). 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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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).

E. 6

En l'espèce, l'intimée a conclu, sur la base des avis médicaux de la Dre I_____, que le sinistre assuré avait décompensé de manière aigüe et provisoire un état dégénératif préexistant de deux mois et que la rupture de la coiffe des rotateurs constatée en 2022 n'était pas en lien de causalité avec l'événement du 2 juillet 2021. La recourante conteste cette appréciation et se réfère au rapport établi par le Dr F_____, dont elle sollicite à toutes fins utiles l'audition. Elle considère qu'il subsiste un doute important quant au rapport de causalité, en présence de deux avis médicaux contradictoires.

E. 6.1

Il convient donc d'analyser la valeur probante de ces différents documents.

E. 6.2

La chambre de céans constate tout d'abord que les appréciations de la médecin-conseil de l'intimée, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont été rendues en pleine connaissance de l'anamnèse, sur la base du dossier complet de la recourante, dont de nombreux rapports émanant des spécialistes ayant personnellement examiné la recourante, le compte-rendu opératoire, les rapports radiologiques et plusieurs clichés.

E. 6.2.1

La Dre I_____ a dûment motivé ses conclusions, selon lesquelles la recourante avait subi, le 2 juillet 2021, une contusion du trapèze postérieur gauche sur un état dégénératif global de l'épaule gauche qui avait entraîné une décompensation aigüe provisoire pour une durée de deux mois, de sorte que les troubles annoncés lors de la rechute de juin 2022 n'étaient pas en relation de causalité avec le sinistre du 2 juillet 2021. En effet, elle a expliqué que, compte-tenu du choc axial postérieur au niveau du trapèze de l'épaule gauche en se relevant, incompatible d'un point de vue biomécanique avec une rupture de la coiffe, de l'absence de lésion traumatique objectivée à l'échographie initiale, de l'absence d'épaule pseudo paralytique initialement avec un délai de consultation de deux jours, de la présence d'atrophie musculaire Gouttalier 2 à seize mois du traumatisme, d'un état dégénératif gléno-

A/533/2024 - 18/24 - huméral, d'une saillie osseuse inférieure de la clavicule imprimant la coiffe des rotateurs, elle pouvait affirmer que la rupture de la coiffe des rotateurs constatée en 2022, alors que l'assurée avait pu reprendre une activité professionnelle un mois après

l'évènement, n'avait pas de lien de causalité pour le moins probable avec l'évènement du 2 juillet 2021. Ainsi, l'opération du 12 décembre 2022 concernait la coiffe des rotateurs, dont la rupture était apparue un an après l'évènement, qui n'avait pas de lien de causalité naturelle pour le moins probable avec l'évènement assuré (appréciation le 11 décembre 2023). Ces différents éléments reposent sur une étude approfondie de toutes les pièces du dossier, une argumentation circonstanciée et des justifications cohérentes.

E. 6.2.2

En effet, s'agissant des circonstances du sinistre survenu le 2 juillet 2021, la médecin-conseil a repris le déroulement des événements tel que décrit par la patiente au Dr C_____ lors de sa toute première consultation, à savoir que celle-ci avait brusquement tapé la poignée d'une lourde porte au niveau de l'épaule gauche, en se relevant (cf. rapports du Dr K_____ reçu le 20 avril 2023 et appréciation du 11 décembre 2023 de la Dre I_____). Bien que cette description ne corresponde pas exactement avec les indications figurant dans la déclaration d'accident, qui indique que le choc est survenu alors que l'employée tentait de bloquer la lourde porte munie d'un ressort, rien ne permet de penser qu'elle serait erronée. D'ailleurs, la recourante ne conteste pas la version retenue par la médecin-conseil. La Dre I_____ a exposé qu'un choc direct pouvait difficilement provoquer autant de lésions que celles constatées (avis du 1er décembre 2022), précisant que lors d'une rupture transfixiante aiguë de la coiffe des rotateurs, le mouvement déclenchant devait correspondre à une biomécanique en abduction ou/et élévation forcée, ou une chute à haute énergie avec un impact antérieur. Le mécanisme de choc axial du haut vers le bas à la partie postérieure de l'épaule ne pouvait expliquer une rupture complète de la coiffe, d'un point de vue biomécanique. Pour entraîner une rupture d'une coiffe des rotateurs, il fallait un mécanisme à haute énergie si la coiffe était intacte avant l'accident avec un mouvement d'abduction forcée, ce qui n'avait pas été du tout le cas (cf. appréciation du 11 décembre 2023).

E. 6.2.3

La médecin-conseil a écarté toute rupture de la coiffe lors de l'évènement du 2 juillet 2021, en raison de l'absence de lésion traumatique objectivée à l'échographie initiale, de l'absence d'épaule pseudo paralytique initialement et du délai de consultation de deux jours (cf. appréciation du 11 décembre 2023). À cet égard, elle a rappelé que la recourante avait initialement présenté une contusion et une tendinopathie chronique (cf. appréciation du 29 janvier 2022) et relevé que l'échographie avait dévoilé des altérations d'aspect dégénératif correspondant à un diagnostic d'atteinte malade préexistante sans lésion structurelle objectivable (cf. appréciation du 11 décembre 2023).

A/533/2024 - 19/24 - Les diagnostics de contusion et de tendinopathie chronique correspondent effectivement avec les indications du Dr E_____ (cf. prescription de physiothérapie du 3 août 2021) et avec celles rapportés par le Dr K_____, suite à la première consultation effectuée par son collègue de la Clinique (cf. rapport reçu le 20 avril 2023). En outre l'échographie réalisée dans les suites immédiates du sinistre a révélé une « probable atteinte partielle chronique » du supra-épineux et une altération d'aspect dégénératif de l'articulation acromio-claviculaire (cf. rapport du 13 juillet 2021). On relèvera encore que le Dr E_____, qui suivait alors la recourante, a également relevé cet aspect dégénératif, sans mention d'une quelconque lésion traumatique (cf. prescriptions de physiothérapie des 15 juillet et 3 août 2021). Le Dr E_____ a en outre indiqué que les

mesures physiothérapeutiques visaient à la mobilisation, la « prévention ankylose » et des méthodes antalgiques (cf. prescription de physiothérapie du 3 août 2021), ce qui confirme donc l'absence d'épaule pseudo paralytique retenue par le médecin-conseil. De plus, si la mobilité active de l'épaule avait été quasi-nulle en 2021, nul doute que cette information aurait été donnée, que ce soit par le K_____ qui a consigné les premières constatations du Dr C_____, le Dr E_____ qui a repris le suivi en juillet 2021, le Dr F_____ qui a été consulté en septembre 2021, ou encore J_____ qui a dispensé le premier traitement de physiothérapie le 21 juillet 2021 et relevé uniquement une « limitation de l'amplitude articulaire avec une diminution de la force musculaire » (cf. rapport du 24 janvier 2023). De surcroît, il est rappelé que, malgré les douleurs résiduelles, la recourante a repris le travail au début du mois d'août 2021, que son traitement de physiothérapie a pris fin le 14 septembre 2021 (cf. rapport du 24 janvier 2023 de J_____) et qu'aucun examen complémentaire n'a été jugé utile, jusqu'à la « rechute douloureuse » survenue au mois de juin 2022 (cf. rapport du Dr F_____ du 10 mars 2023). Enfin, la physiothérapeute a indiqué que la patiente présentait encore des douleurs résiduelles à la fin du traitement, soit le 14 septembre 2021, sans faire état d'une mobilité restreinte (cf. rapport du 24 janvier 2023 de J_____) et le médecin traitant a attesté que la patiente était en rémission en octobre 2021 (cf. courrier du 30 juin 2022 au Dr G_____). Enfin, il ressort effectivement du premier arrêt de travail signé par le Dr C_____ que la recourante l'a consulté le 4 juillet 2021, soit deux jours après l'évènement accidentel, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté.

E. 6.2.4

La Dre I_____ a également clairement exposé les arguments médicaux lui permettant de conclure à l'existence de plusieurs troubles préexistant au sinistre déclaré. Elle a rappelé que l'échographie avait dévoilé des altérations d'aspect dégénératif correspondant à un diagnostic d'atteinte malade préexistante sans lésion structurelle objectivable (cf. appréciation le 11 décembre 2023).

A/533/2024 - 20/24 - Elle a en outre constaté que les radiographies du 4 juillet 2021 laissaient déjà supposer une insuffisance chronique des muscles de la coiffe (cf. appréciation du 29 janvier 2022), car elles montraient une ascension de la tête humérale avec un espace acromion-tête de 5 mm, un ostéophyte de la glène humérale inférieure, une saillie inférieure de l'acromion, un remaniement de l'articulation acromio-claviculaire, ce qui correspondait à un état dégénératif diffus de l'épaule (cf. appréciation le 11 décembre 2023). Elle a également expliqué que l'IRM du 24 juin 2022 avait confirmé la présence d'une lésion chronique de la coiffe (cf. appréciation du 29 janvier 2022). En effet, cet examen avait permis d'observer, au niveau des muscles, des stries graisseuses prédominant au sus-épineux sans atrophie volumique. Il s'agissait d'une involution graisseuse type Goutallier 2 du sus-épineux, ce qui avait été confirmé par le chirurgien des HUG. Elle a ajouté que la littérature médicale retenait que le délai moyen d'apparition d'une atrophie Goutallier 2, considérée comme moyenne, était de trois ans en cas de rupture complète du tendon du sus-épineux, alors que l'atrophie mettait plus de temps encore avant de se développer à l'IRM en cas de rupture incomplète. Dans le cas de la recourante, l'atrophie avait été observée à seize mois du sinistre déclaré qui avait uniquement causé une tendinopathie, et non pas une rupture, ce qui permettait de conclure que l'atrophie était présente avant cet évènement. Elle a ajouté que la présence d'une omarthrose indiquait qu'il y avait une souffrance de l'épaule depuis de nombreuses années, et que l'arthropathie acromio-claviculaire inflammatoire avec une saillie osseuse inférieure de la clavicule était

un facteur pouvant favoriser un pincement sous-acromio-claviculaire de la coiffe provoquant à long terme une rupture de celle-ci (cf. appréciation le 11 décembre 2023). L'évaluation de la médecin-conseil est corroborée par le rapport d'échographie qui fait état d'une « probable atteinte partielle chronique » du tendon du sus-épineux et d'une altération d'aspect dégénératif de l'articulation acromio-claviculaire (cf. rapport du 13 juillet 2021). S'agissant du rapport de radiographie du 4 juillet 2021, la Dre I_____ a clairement indiqué qu'elle s'en distançait s'agissant de l'absence d'ascension de la tête humérale, expliquant que les images montraient une telle ascension avec un espace acromion-tête de 5 mm (cf. appréciations des 1er décembre 2022, 29 janvier et 11 décembre 2023). La médecin-conseil a ainsi procédé à une étude approfondie et fouillée des documents radiologiques réalisés les 4 et 13 juillet 2021 dans les suites immédiates de l'accident assuré et s'est en outre référée à la littérature médicale pour asseoir son évaluation de l'involution graisseuse, laquelle a également été estimée à une « dégénérescence Goutallier de Grade 2 » par le Dr H_____ (cf. rapport du 3 novembre 2022).

E. 6.2.5

Interrogée par la suite une nouvelle fois sur les éléments lui permettant de retenir des problématiques dégénératives de l'épaule, la I_____ a rappelé les signes d'arthrose gléno-humérale et acromio-claviculaire déjà décrits, le début

A/533/2024 - 21/24 - d'atrophie musculaire observé à l'IRM de juin 2022 qui signalait une lésion du tendon du sus-épineux existante depuis au moins une année. Elle a encore précisé qu'il aurait fallu que ce tendon soit complètement rupturé et rétracté lors de l'épisode initial traumatique, donc avec une impotence fonctionnelle immédiate, pour que le muscle correspondant puisse être atrophié moins d'une année après sur l'IRM. Or, la recourante n'avait pas présenté une impotence fonctionnelle immédiate, ce qui l'aurait menée à consulter le jour même ou le lendemain et l'aurait empêché de reprendre son travail. Il s'agissait donc bien d'une atteinte dégénérative de ce tendon avec possiblement déjà une déchirure au moins partielle et dont la déchirure complète était apparue plus d'une année après, ceci expliquant la présence de l'atteinte musculaire visible à un an. Elle a également expliqué qu'un état dégénératif gléno-huméral avéré sur les radiographies initiales et l'arthrose acromio-claviculaire ne pouvaient pas être en relation de causalité avec l'événement du 2 juillet 2021 de façon plus que probable et étaient donc bien des antécédents préexistants, mêmes s'ils étaient asymptomatiques. Il en était de même pour les troubles de la coiffe des rotateurs (cf. appréciation du 19 avril 2024). L'évolution en deux temps tendait à démontrer qu'il s'agissait d'un état dégénératif progressif et l'absence d'examen telle qu'une IRM avant une année prouvait que l'examen clinique n'était pas inquiétant. L'impotence fonctionnelle brutale liée à la rupture de la coiffe que le Dr F_____ décrivait comme liée à l'accident, aurait dû apparaître immédiatement après le sinistre. Il s'agissait donc d'une coiffe fragile préexistante qui s'était déchirée progressivement jusqu'à la rupture complète, un an plus tard (cf. appréciation du 19 avril 2024). Enfin, il sera relevé que le rapport du 10 janvier 2023 de la Clinique D_____ mentionne que les constatations rapportées par le Dr F_____ dans son premier rapport de 2022 ne concordaient pas avec l'événement invoqué par le patient et ne semblaient pas plausibles.

E. 6.2.6

Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans constate que les appréciations de la I_____ ont été établies en pleine connaissance du dossier, lequel contient de nombreux rapports relatant les plaintes subjectives de la recourante et les constatations objectives des médecins consultés. Les déterminations de la médecin-conseil résultent d'une étude fouillée et approfondie du cas et leurs conclusions sont motivées et convaincantes. Ces documents peuvent donc se voir attribuer une pleine valeur probante.

E. 6.3

Reste à examiner si les rapports du Dr F_____ font état d'éléments propres à remettre en cause le bien-fondé des appréciations de la Dre I_____.

E. 6.3.1

La chambre de céans observe tout d'abord que les documents émanant du rhumatologue traitant ne comportent aucune indication s'agissant du déroulement de l'accident, ni aucune constatation objective suite à son premier examen

A/533/2024 - 22/24 - clinique du mois de septembre 2021 (cf. rapport reçu le 12 août 2022, courrier adressé au Dr G_____, rapports des 22 novembre 2022 et 28 février 2023). En outre, le Dr F_____ a uniquement résumé les conclusions contenues dans le rapport d'IRM de 2022, sans les discuter. Il n'a pas davantage commenté le rapport des radiographies réalisées en 2021 ni les images elles-mêmes, lesquelles ont permis à la médecin-conseil de constater une ascension de la tête humérale. Concernant l'échographie du 13 juillet 2021, il a uniquement mentionné « évolution vers une rupture du sus-épineux », sans toutefois expliquer et motiver quand avait débuté cette « évolution ». Interrogé sur le rapport de causalité entre les troubles constatés en 2022 et l'accident, le médecin-traitant a d'abord répondu que cette probabilité était « très difficile à chiffrer », soulignant l'absence d'étude répondant à des critères scientifiques et le fait que la première IRM avait été réalisée le 24 juin 2022 seulement. Il a affirmé que les déchirures du tendon du sus-épineux et du tendon adjacent le sous-épineux étaient « très probablement et de manière prédominante dues à l'accident », faisant valoir deux motifs. D'une part, l'épaule accidentée qui présentait des lésions était l'épaule gauche, alors que la recourante était droitrière et qu'une atteinte dégénérative devrait toucher le côté dominant. D'autre part, deux tendons avaient été touchés, ce qui était très inhabituel lors des lésions dégénératives. Ces considérations générales ne suffisent pas à remettre en question les conclusions de la médecin-conseil qui a analysé les images radiographiques, commenté les constatations échographiques, évalué les atteintes constatées à l'IRM, références médicales à l'appui, et pris en considération les circonstances de l'accident et le déroulement des événements survenus dans ses suites immédiates. Qui plus est, la Dre I_____ a encore précisé, s'agissant de l'affirmation selon laquelle il y avait plus souvent plusieurs lésions tendineuses dans les cas traumatiques que dans les lésions dégénératives, que tout dépendait de l'importance du mécanisme énergétique du traumatisme et de l'état dégénératif des tendons. En effet, les atteintes dégénératives pouvaient être multiples, mais elles progressaient généralement lentement, sur plusieurs années, sans être d'emblée douloureuses ou paralytiques. De même, un traumatisme énergétique adéquat pouvait provoquer une rupture franche plus ou moins complète d'un ou de plusieurs tendons de la coiffe selon l'importance de l'événement traumatique. Ainsi, le fait que deux tendons soient touchés n'était pas un indice de rupture post-traumatique. Elle a également exposé qu'il n'était pas exclu que l'intéressée présente également des lésions asymptomatiques de la coiffe au niveau de son épaule droite, qui

n'avait pas fait l'objet d'investigation. En outre, même si le côté dominant était plus sollicité mécaniquement pour développer une atteinte dégénérative, il y avait des facteurs anatomiques parfois asymétriques qui pouvaient expliquer l'atteinte de l'autre côté. Ainsi, le côté dominant n'était pas

A/533/2024 - 23/24 - systématiquement celui atteint en cas de lésion traumatique ou dégénérative de la coiffe. Elle a encore rappelé que l'atteinte dégénérative acromio-claviculaire était présente et bien visible à gauche, et qu'il s'agissait d'un facteur favorisant le pincement de la coiffe sous l'arche coraco-acromiale, naturellement étroite (cf. appréciation du 19 avril 2024). Le Dr F_____ a ensuite mentionné que la recourante n'avait pas récupéré sous traitement conservateur, les déchirures étant « trop étendues ». Il suggère ainsi que les ruptures tendineuses existaient déjà en 2021, ce qui est manifestement contradictoire avec les informations qu'il a données au Dr G_____, à savoir que l'intéressée était en rémission en octobre 2021 suite à une infiltration (cf. courrier du 30 juin 2022). En outre, la Dre I_____ a amplement justifié les raisons pour lesquelles une telle rupture n'était pas vraisemblable et rien dans les rapports du médecin-traitant ne permet de remettre en cause ces appréciations. Comme déjà relevé, le Dr F_____ ne s'est pas déterminé sur l'action vulnérante, il n'a pas signalé d'épaule pseudo paralytique et n'a pas davantage fait état d'éléments concrets permettant de douter de l'existence des atteintes préexistantes retenues par la médecin-conseil. Enfin, il est difficilement concevable que le Dr F_____ n'ait pas ordonné des examens complémentaires suite à sa consultation de septembre 2021 s'il suspectait une déchirure, et une telle lésion apparaît incompatible avec la reprise de l'activité professionnelle en août 2021, sans interruption jusqu'au mois de juin 2022 et sans consultation médicale ni traitement dans cet intervalle.

E. 6.3.2

Force est donc de constater que le rapport du Dr F_____ ne contient aucun indice susceptible de douter de la pertinence et de la fiabilité des appréciations de la Dre I_____.

E. 7

Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère que les avis de la Dre I_____ établissent, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que les troubles annoncés dans le cadre de la rechute de 2022 ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré survenu le 2 juillet 2021 et que les déchirures de tendons sont manifestement dues à l'usure ou à une maladie. La situation médicale étant clairement établie, la chambre de céans renoncera, par appréciation anticipée des preuves, à l'audition du Dr F_____ ainsi qu'à l'ordonnance d'une expertise judiciaire, comme demandé par la recourante. L'intimée était donc fondée à nier le droit de la recourante à des prestations en lien avec les troubles annoncés à l'appui de sa rechute.

E. 8

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGa a contrario).

A/533/2024 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :