

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/533/2024

ATAS/30/2025

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 janvier 2025

Chambre 10

En la cause

A _____,

recourante

Représentée par Me Rachel DUC

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Joanna JODRY, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-
DESHUSSES, Juges assesseurs.**

EN FAIT

- A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1961, a été engagée par l'entreprise B_____ (ci-après : l'employeur) en qualité de nettoyeuse à temps partiel, à partir du 19 juin 2020. À ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels par la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).
- b.** Par déclaration de sinistre du 5 juillet 2021, l'employeur a informé la SUVA que l'assurée s'était blessée à l'épaule gauche le 2 juillet 2021. En essayant de bloquer une porte très lourde et qui se refermait avec un ressort, elle avait reçu la poignée dans l'épaule. Elle avait présenté une contusion et était en incapacité de travail depuis le 5 juillet 2021.
- c.** Le 4 juillet 2021, le docteur C_____, médecin à la Clinique D_____, a signé un arrêt de travail valable du 5 au 7 juillet 2021, lequel a par la suite été prolongé par le docteur E_____, médecin auprès du même établissement.
- d.** La SUVA a pris en charge les suites du sinistre, en versant notamment des indemnités journalières pour l'incapacité de travail qui s'est poursuivie jusqu'au 3 août 2021.
- B.** **a.** Par formulaire du 7 juillet 2022, rempli en allemand, l'employeur a annoncé une rechute de l'évènement du 2 juillet 2021, mentionnant que l'assurée était en incapacité de travail depuis le 3 juin 2022.
- b.** En date du 12 août 2022, la SUVA a reçu un rapport médical établi par le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, indiquant qu'une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de l'épaule gauche avait révélé une déchirure complète du sus-épineux avec rétraction à l'interligne gléno-humérale et une déchirure quasi complète du sous-épineux, des signes d'omarthrose débutante excentrée, une tendinopathie du segment articulaire du long chef du biceps et une suspicion de lésion de poulie. Il avait été consulté par l'assurée le 27 septembre 2021 en raison de douleurs persistantes à l'épaule gauche depuis l'accident du 2 juillet 2021. La patiente continuait de travailler deux heures par soir malgré la douleur, en utilisant son bras droit. Depuis le 21 juin 2022, elle était toutefois en incapacité d'exercer son activité en raison de son omalgie gauche. Il a fait état d'une impotence fonctionnelle avec des mobilités limitées et douloureuses, et d'un kyste arthrosynovial centimétrique, mobile, indolore, de l'articulation acromio-claviculaire. Les symptômes avaient débuté suite à l'accident de juillet 2021 et ses constatations médicales concordent avec l'évènement assuré. La patiente ne pouvait pas porter de charges avec le bras gauche ni faire de gestes répétitifs. L'incapacité de travail était totale et un avis chirurgical était demandé.

Le Dr F_____ a joint :

- les clichés et le rapport d'IRM de l'épaule gauche du 24 juin 2022 ayant conclu, en sus des diagnostics déjà cités, à une bursite sous-acromiale et à une arthrose acromio-claviculaire ;
- un courrier qu'il avait adressé le 30 juin 2022 au docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le priant de convoquer l'assurée ; il en ressort qu'une échographie pratiquée en juillet 2021 avait révélé une tendinopathie du sus-épineux, qui s'était complétée d'une déchirure en juin 2022 avec l'apparition d'un kyste indolore ; en octobre 2021, la patiente était en rémission après une infiltration sous-acromiale de corticoïdes, mais la douleur avait récidivé en mai 2022 ; une nouvelle infiltration réalisée en juin 2022 était restée inefficace.

c. Le 19 septembre 2022, le Dr F_____ a transmis à la SUVA :

- un rapport de radiographies de l'épaule gauche effectuées le 4 juillet 2021 mentionnant qu'aucune lésion post-traumatique n'était visible ;
- les images et le rapport d'échographie réalisées le 13 juillet 2021, lequel a conclu à une altération d'aspect dégénératif de l'articulation acromio-claviculaire avec un aspect épaissi de la synoviale, hétérogène, à un aspect discrètement hétérogène de l'insertion distale du tendon du supra-épineux, probable atteinte partielle chronique, et à un épaississement de la bourse sans épanchement et d'aspect inflammatoire.

d. Par rapport daté du 7 novembre 2022 mentionnant une « Date de passage » au 1^{er} septembre 2022, le docteur H_____, médecin chef de clinique au département de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a indiqué que l'assurée avait consulté le jour même la « Team Épaule-Coude » en raison d'omalgies gauches. Les douleurs avaient débuté à la suite d'un choc direct contre une porte en juillet 2021, avec l'apparition d'un volumineux hématome, sans amélioration malgré le traitement prescrit. La palpation était douloureuse, la mobilité limitée. L'IRM de juin 2022 retrouvait une rupture de la coiffe postéro-supérieure « Patte 3 » avec une dégénérescence Goutallier de Grade 2, une arthropathie acromio-claviculaire avec un signe de Geysler et une tendinopathie du long chef du biceps. La radiographie du jour retrouvait une tête humérale centrée sur sa glène avec un espace sous-acromial diminué à 6mm. Une indication opératoire était retenue.

e. Le 22 novembre 2022, le Dr F_____ a indiqué à la SUVA qu'une arthroscopie avec réinsertion de la coiffe postéro-supérieure, acromioplastie et résection du centimètre externe était prévue pour le 16 décembre 2022.

f. Dans un avis du 1^{er} décembre 2022, la docteure I_____, médecin-conseil de la SUVA et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a constaté qu'il manquait certains éléments, notamment le rapport médical initial du premier médecin consulté et des informations quant à la reprise de l'activité professionnelle, étant précisé que

l'intéressée était droitière et que l'accident concernait l'épaule gauche. Contrairement à ce qu'avait décrit le radiologue, les images du 4 juillet 2021 montraient une ascension de la tête humérale qui n'apparaissait toutefois pas immédiatement, ce qui laissait suspecter que la lésion de la coiffe était déjà présente avec des signes d'arthrose gléno-humérale. Le rapport d'échographie du 13 juillet 2021 décrivait l'éventuelle rupture du sus-épineux comme « partielle chronique » et faisait état d'une arthrose acromio-claviculaire. Le rhumatologue consulté le 27 septembre 2021 n'avait pas signalé de paralysie de l'épaule comme en cas de rupture complète aigüe de la coiffe. Un choc direct pouvait difficilement provoquer autant de lésions que celles constatées. Il convenait de demander le rapport initial et un rapport au physiothérapeute concernant l'état physique au début et à la fin du traitement, ainsi que les facteurs de risque.

g. L'assurée a été opérée le 16 décembre 2022.

h. Le 10 janvier 2023, la Clinique D_____ a retourné à la SUVA le « rapport initial », lequel reprend les éléments contenus dans le rapport du 12 août 2022 du Dr F_____ et dans le compte-rendu opératoire, sans indication concernant les premières constatations.

i. Dans un rapport du 24 janvier 2023, Madame J_____, physiothérapeute, a répondu à la SUVA que l'assurée avait suivi son premier traitement le 21 juillet 2021. Elle présentait alors une forte douleur de l'épaule gauche autour de l'acromion, une limitation de l'amplitude articulaire avec une diminution de la force musculaire et une contracture importante au niveau de la ceinture scapulaire. Malgré les traitements par des massages et des ultrasons, la douleur avait persisté. L'électrothérapie par TENS avait été plus efficace, mais l'intéressée présentait toujours des douleurs résiduelles à la fin des traitements le 14 septembre 2021. Rien ne lui permettait de se déterminer sur d'éventuels facteurs de risque.

j. Dans un avis du 29 janvier 2022, la Dre I_____ a considéré que les troubles invoqués à l'appui de la rechute n'étaient pas imputables, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, à l'événement du 2 juillet 2021. Elle a considéré qu'il n'y avait pas de rupture d'emblée, mais une tendinopathie chronique qui avait été décompensée par le choc antérieur surtout au niveau de l'acromion pour une durée de deux à trois mois. Les troubles survenus secondairement en mai 2022, avec une rechute déclarée le 3 juin 2022, n'étaient pas imputables en vraisemblance prépondérante avec l'événement de 2021. La radiographie du 4 juillet 2021 montrait l'ascension de la tête humérale avec un espace acromion-tête de moins de 5.6 mm, laissant supposer une insuffisance chronique des muscles de la coiffe. L'IRM du 24 juin 2022 montrait une importante atrophie du sus-épineux et dans une moindre mesure du sous-scapulaire, confirmant la présence d'une lésion chronique de la coiffe avec une rupture transfixiante, une arthropathie acromio-claviculaire et du biceps. La rupture avait aussi pu être favorisée par les deux infiltrations cortisonées de juillet 2021 et mai 2022. L'épaule pseudoparalytique n'était décrite qu'en mai 2022. La

rupture transfixiante était donc apparue en mai 2022 dans un contexte de tendinopathie de la coiffe, avec une atrophie musculaire préexistante et une ascension de la tête humérale, et une arthropathie acromio-claviculaire.

C. a. Par décision du 13 février 2023, la SUVA a nié le droit de l'assurée aux prestations d'assurance, au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité certain ou du moins vraisemblable entre l'évènement du 2 juillet 2021 et les troubles de l'épaule gauche apparus en juin 2022.

b. Le 16 mars 2023, l'assurée a contesté cette position, relevant notamment que l'absence de rupture « d'emblée » mentionnée par la médecin-conseil ne signifiait pas l'absence de lien avec l'accident et que la supposition de cette médecin, selon laquelle la rupture aurait pu être favorisée par les deux infiltrations, n'était ni documentée ni assortie d'une quelconque probabilité. De plus, la première infiltration avait été réalisée peu après l'accident, de sorte que ses éventuelles conséquences devraient en tous les cas être mises en lien avec le sinistre.

L'assurée a annexé un questionnaire rempli par le Dr F_____ le 28 février 2023, faisant état d'une aggravation de l'état de santé à tout le moins au mois de juin 2022, le bras gauche présentant alors des amplitudes diminuées de plus de 50%. Interrogé sur le lien de causalité entre les affections constatées et l'accident assuré, le médecin a expliqué qu'une telle probabilité était très difficile à chiffrer et qu'il n'y avait aucune étude répondant à des critères scientifiques permettant de le faire. De plus, dans le cas de l'intéressée, il n'y avait pas eu d'IRM immédiatement après l'accident. Mais s'il s'agissait d'une atteinte dégénérative, ce serait le côté droit dominant qui serait touché. Or, c'était l'épaule gauche qui avait été accidentée et qui présentait des lésions. On pouvait donc affirmer 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. De plus deux tendons étaient touchés, ce qui était très inhabituel lors des lésions dégénératives. À sa connaissance, aucun état malade ou aucun état préexistant n'influençait l'état de santé de l'assurée. La capacité de travail et le pronostic devaient être évalués par les chirurgiens qui la suivaient désormais.

c. Le 4 avril 2023, la SUVA a annulé sa décision et déclaré compléter l'instruction du dossier.

d. Le 19 avril 2023, elle a reçu un rapport du docteur K_____, médecin à la Clinique D_____, indiquant que l'assurée y avait consulté le Dr C_____. Selon les indications de la patiente, elle s'était brusquement levée le 2 juillet 2021 sous une poignée de porte, avait heurté son épaule gauche et présentait des douleurs et une impotence fonctionnelle. Aux constatations objectives, a notamment été relevé un hématome sur la partie postérieure de l'épaule. Les articulations acromio-claviculaires et sternoclaviculaires étaient indolores, et le diagnostic de contusion de l'épaule gauche avait été posé.

e. Par rapport du 9 mai 2023, la Dre I_____ a constaté que les éléments nouveaux permettaient de maintenir ses conclusions du 29 janvier 2023, à savoir que les troubles de l'épaule gauche évoqués lors de la rechute n'étaient pas imputables à l'événement du 2 juillet 2021 et que l'opération « prévue » de la coiffe n'était pas en lien de causalité avec l'accident, au degré de la vraisemblance prépondérante. Il s'agissait de lésions dégénératives préexistantes avec une décompensation aigüe provisoire due au choc du 2 juillet 2021.

f. Dans un rapport du 4 avril 2023 mentionnant le 23 février 2023 comme « Date du passage », le docteur L_____, médecin chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a noté que l'évolution post-opératoire était favorable concernant les douleurs et que l'arrêt de travail était à poursuivre pour une période de six mois au minimum dans le contexte d'une activité professionnelle physique.

g. Par décision du 30 juin 2023, la SUVA a refusé l'octroi de prestations, faute de rapport de causalité entre l'accident du 2 juillet 2021 et les troubles apparus à l'épaule gauche en juin 2022.

h. En date des 4 et 19 septembre 2023, l'assurée a contesté la détermination de la SUVA, relevant que la brève appréciation de la Dre I_____ ne contenait aucune motivation permettant de contredire les éléments médicaux précisés et argumentés dans le rapport du Dr F_____ du 28 février 2023. Les avis de la médecin-conseil n'avaient pas fait l'objet d'une étude fouillée et ne proposaient pas de conclusions motivées, de sorte qu'une pleine valeur probante ne pouvait leur être accordée.

Dans une appréciation du 11 décembre 2023, la Dre I_____ a résumé les pièces au dossier et rappelé les circonstances de l'accident assuré, les examens réalisés, les constatations et diagnostics retenus par les différents spécialistes consultés, ainsi que les traitements suivis. Elle a rappelé le contenu du rapport d'échographie du 13 juillet 2021, lequel correspondait à un diagnostic d'attente malade préexistante sans lésion structurelle objectivable, et celui du rapport d'IRM du 24 juin 2022 faisant état de muscles de la coiffe comme présentant des stries graisseuses prédominant au sus-épineux sans atrophie volumique, correspondant selon son analyse à une involution graisseuse type Goutallier 2 du sus-épineux. Or la littérature retenait que le délai moyen d'apparition d'une atrophie Goutallier 2, considérée comme moyenne, était de trois ans pour le sus-épineux lorsque le tendon était rompu. S'il n'y avait pas de rupture complète, l'atrophie mettait plus de temps encore avant de se développer à l'IRM. Dans le cas présent, l'atrophie était vue à seize mois du traumatisme initial alors qu'il n'y avait pas de rupture initiale mais une tendinopathie, laissant entendre que l'atrophie était présente avant l'accident. En outre, la présence d'une omarthrose indiquait qu'il y avait une souffrance de cette épaule depuis de nombreuses années et la présence d'une arthropathie acromio-claviculaire inflammatoire avec une saillie osseuse inférieure de la clavicule étaient des facteurs pouvant favoriser un

pincement sous-acromio-claviculaire de la coiffe provoquant à long terme une rupture de celle-ci. 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 le cas. Les radiographies de l'épaule réalisées le 4 juillet 2021 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. L'épaule pseudo-paralytique n'était décrite qu'en mai 2022 dans un contexte de tendinopathie de la coiffe avec atrophie musculaire préexistante, ascension de la tête humérale et arthropathie acromio-claviculaire inflammatoire. La rupture de la coiffe était apparue un an après l'événement. 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 Gouttallier 2 à seize mois du traumatisme, d'un état dégénératif gléno-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, qui avait entraîné une décompensation aiguë provisoire pour une durée de deux mois. Elle a ainsi conclu 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. 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. L'opération avait également consisté à enlever l'extrémité distale de la clavicule dans un contexte dégénératif de l'acromio-claviculaire. Elle a encore ajouté 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.

i. Par décision sur opposition du 12 janvier 2024, la SUVA a rejeté l'opposition. Les appréciations de la Dre I_____ permettaient de conclure que le sinistre avait décompensé de manière aiguë et provisoire un état dégénératif préexistant, et ce pendant une période de deux mois. Elle avait payé les indemnités journalières et les frais de traitement durant cette période, de sorte que rien ne pouvait lui être reproché. L'assurée était invitée à s'adresser à son assureur-maladie.

D. a. Par acte du 15 février 2024, l'assurée, représentée par une avocate, a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition du Dr F_____ et à toute mesure d'instruction utile, dont la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision, subsidiairement pour instruction complémentaire. Elle a fait valoir que ses douleurs à l'épaule gauche étaient exclusivement intervenues après l'accident du 2 juillet 2021 et de manière ininterrompue jusqu'à l'annonce de la rechute en juillet 2022. La question de savoir si la tendinopathie du tendon sus-épineux diagnostiquée après le choc était, de manière prépondérante, en lien avec la déchirure complète de deux tendons avec une rupture de la coiffe survenue ultérieurement était une question médicale. Or, le Dr F_____ avait estimé que la rechute était en lien avec l'accident assuré, contrairement à la médecin-conseil de l'intimée. Il subsistait donc un doute important en présence de deux avis contradictoires, ce qui justifiait la mise en œuvre d'une expertise.

b. Dans sa réponse du 7 mai 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours. Par souci d'exhaustivité, elle avait à nouveau sollicité l'avis de la Dre I_____, qui avait écarté l'argumentation à la base des griefs de la recourante. Ainsi, le Dr F_____ ne parvenait pas à remettre en cause la position de sa médecin-conseil.

Dans son appréciation du 19 avril 2024, la Dre I_____ a pris position sur le rapport du 13 mars 2023 du Dr F_____. Elle a maintenu que les éléments y mentionnés confirmaient l'apparition secondaire, à une année du traumatisme, d'une rupture de la coiffe des rotateurs. Le médecin avait attesté que l'état s'était aggravé depuis juin 2022, avec des amplitudes diminuées de plus de 50%, sans toutefois préciser s'il y avait une diminution de la mobilité avant cette date. Il ne donnait donc aucun renseignement permettant d'objectiver une atteinte liée à l'événement du 2 juillet 2021. S'agissant de son affirmation, selon laquelle il n'y avait à sa connaissance aucun article dans la littérature scientifique qui démontrait qu'il y avait plus souvent plusieurs lésions tendineuses dans les cas traumatiques que dans les lésions dégénératives, elle a souligné que tout dépendait de l'importance du mécanisme énergétique du traumatisme et de l'état dégénératif des tendons. Les atteintes dégénératives pouvaient être multiples, mais en général progressaient 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. Le Dr F_____ se contredisait, puisqu'il mentionnait que la probabilité était difficile à chiffrer, mais affirmait ensuite que les déchirures du tendon étaient très probablement dues à l'accident. Il avait confirmé qu'il n'y avait pas eu d'IRM effectuée immédiatement après l'accident ni même pendant la première année. Or, en cas de suspicion de

déchirure de la coiffe après un traumatisme adéquat, il existait une impotence fonctionnelle plus ou moins importante, avec une épaule pseudo paralytique, et les médecins proposaient dans de tels cas un arrêt de travail et rapidement une IRM, dans les trois mois s'il n'y avait pas d'amélioration. Le Dr F_____ semblait exclure que la recourante puisse souffrir de problèmes dégénératifs à l'épaule gauche, car il ne s'agissait pas du côté dominant. Toutefois, il n'était pas exclu que l'intéressée présente également des lésions asymptomatiques de la coiffe du côté droit. D'autre part, l'atteinte dégénérative acromio-claviculaire était présente et bien visible à gauche, et il s'agissait d'un facteur favorisant le pincement de la coiffe sous l'arche coraco-acromiale, naturellement étroite. L'état dégénératif acromio-claviculaire n'avait pas été investigué du côté droit, mais était possiblement également présent, même si asymptomatique. 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 systématiquement celui atteint en cas de lésion traumatique ou dégénérative de la coiffe. Le fait que deux tendons soient touchés n'était pas un indice de rupture post-traumatique. Le Dr F_____ n'avait soulevé aucun argument susceptible de la faire changer d'avis et que celui-ci ne connaisse pas d'antécédents médicaux ou accidentels pouvant influencer l'état de santé ne permettait pas de les exclure. D'autre part, 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 allait de même pour la coiffe des rotateurs. Si le mécanisme énergétique, lors de l'événement assuré, avait été suffisamment violent pour provoquer une rupture de la coiffe d'un tendon, voire de deux tendons, il y aurait eu une impotence fonctionnelle immédiate, une consultation et un arrêt de travail le jour même, et l'impossibilité de reprendre une activité professionnelle. 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 l'accident. Il s'agissait donc d'une coiffe fragile préexistante qui s'était déchirée progressivement jusqu'à la rupture complète, un an plus tard. Interrogée spécifiquement sur les éléments lui permettant de retenir des problématiques dégénératives de l'épaule, elle a rappelé avoir déjà décrit les signes d'arthrose gléno-humérale et acromio-claviculaire et le fait que, lors de la première IRM à une année, avait été observé un début d'atrophie musculaire, ce qui signait une lésion existante depuis au moins une année du tendon du sus-épineux. 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 empêchée 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.

c. Par écriture du 5 juin 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions, notamment concernant l'audition du Dr F_____. Il incombait à l'intimée d'apporter la preuve libératoire que la lésion était due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, et que la question de savoir s'il y avait eu un événement initial reconnaissable et identifiable était alors déterminante, selon la jurisprudence en matière de lésions assimilées à un accident. Comme relevé par le Dr F_____, les atteintes visibles sur l'échographie du 13 juillet 2021 faisant suite au traumatisme du 2 juillet 2021 avaient parfaitement pu s'être complétées en déchirure des tendons de la coiffe en juin 2022. Il ressortait en outre du rapport de la Dre I_____ qu'elle avait admis une lésion, à tout le moins partielle, du tendon. Elle a rappelé que deux tendons avaient été touchés, qu'elle n'avait aucun antécédent de douleurs à l'épaule gauche avant l'accident et qu'il ne s'agissait pas de son côté dominant. Le médecin-conseil n'avait pas exprimé clairement et de manière convaincante pour quelles raisons médicales elle estimait qu'un état dégénératif préexistant aurait préférablement causé les lésions ayant résulté à la rupture. L'intimée n'avait pas apporté la preuve que l'atteinte mise en cause était d'origine « prépondéramment dégénérative ».

d. Dans sa duplique du 30 août 2024, l'intimée a également maintenu ses conclusions.

e. Copie de cette écriture a été transmise à la recourante le 3 septembre 2024.

EN DROIT

1.

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.

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.

1.3 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de 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.

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.
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.

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).

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

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.

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).

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

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).

3.5 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} 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 elongations 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

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 1^{er} 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).

4. 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 (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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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).

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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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).

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

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).

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 aiguë 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.

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

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.

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 aiguë 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-

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.

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 1^{er} 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).

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).

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 la 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.

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).

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 événement. 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 1^{er} 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).

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

d'atrophie musculaire observé à l'IRM de juin 2022 qui signait 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.

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.

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_____.

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

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 droite 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

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.

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_____.

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.

8. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

**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

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY

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