

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/981/2026

ATAS/713/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 août 2026

Chambre 5

En la cause

A_____
représentée par Me Pascal JUNOD, avocat

recourante

contre

VISANA ASSURANCES SA

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Monique STOLLER FULLEMANN et
Pierre-Bernard PETITAT, juges assesseurs**

EN FAIT

- A. a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1976, orthodontiste, a été percutée par un skieur, le 4 avril 2024, alors qu'elle marchait.
- b.** Dans la déclaration de sinistre LAA, datée du 4 octobre 2024, que son employeur, B_____ SARL, a communiquée à son assurance-accidents VISANA ASSURANCES SA (ci-après : VISANA), il est mentionné que l'assurée a souffert d'une inflammation à l'épaule droite, à la suite de l'événement du 4 avril 2024.
- c.** Dans son rapport d'IRM de l'épaule droite du 3 septembre 2024, le docteur C_____, spécialiste en radiologie, a indiqué que selon les données IRM, il n'y avait pas d'argument en faveur d'une lésion de la coiffe [des rotateurs], mais une suspicion de capsulite rétractile, à intégrer aux données de l'examen clinique.
- d.** Par courrier du 14 novembre 2024, VISANA a reconnu l'événement du 4 avril 2024 et a communiqué à l'assurée un numéro d'accident. Elle a informé cette dernière que toute opération qui serait éventuellement nécessaire devait lui être communiquée immédiatement. Elle a alloué à l'assurée des indemnités journalières, dès le 1^{er} novembre 2024.
- e.** Par courrier du 10 décembre 2024, VISANA a informé l'assurée qu'en raison de la situation actuelle, des éclaircissements médicaux supplémentaires étaient nécessaires, ce qui pouvait prendre plusieurs semaines dans l'intervalle, un versement provisoire des prestations serait assuré.
- f.** Dans un rapport de consultation communiqué à VISANA le 10 décembre 2024, le docteur D_____, spécialiste en médecine du sport et en médecine physique et réadaptation, a résumé les trois consultations qui avaient eu lieu avec l'assurée, respectivement le 12 septembre, le 31 octobre et le 3 décembre 2024. Il posait un diagnostic de capsulite rétractile post-traumatique, avec limitation de la mobilité articulaire signalant, lors de la consultation du 3 décembre, que la capsulite rétractile était au décours, avec une relative stagnation des amplitudes, mais un gain sur la douleur.
- g.** À la demande de VISANA, l'un de ses médecins-conseils, le docteur E_____, spécialiste en chirurgie et médecine intensive, a rendu un rapport du 6 février 2025, rédigé en allemand et en français. Le médecin-conseil se prononçait sur le lien de causalité initial et observait qu'aucun examen médical de l'assurée concernant l'épaule droite n'avait été documenté pour la période allant de l'incident allégué du 4 avril 2024 jusqu'à l'examen par IRM. Il avait examiné personnellement les images de l'IRM de l'épaule droite réalisée le 3 septembre 2024, mais effectuée sans produit de contraste intra-articulaire. Selon lui, cinq mois après l'incident allégué du 4 avril 2024, les images montraient une coiffe des rotateurs et des structures osseuses sans particularité. La suspicion d'une

éventuelle capsulite adhésive (capsulite rétractile), mentionnée par le Dr C_____ en page 2 du rapport d'IRM, ne pouvait être ni étayée, ni confirmée en raison de l'absence de produit de contraste intra-articulaire.

B. a. Par décision du 12 février 2025, VISANA s'est fondée sur le rapport du 6 février 2025 de son médecin-conseil, le Dr E_____, pour considérer que le lien de causalité naturelle entre les troubles médicaux et l'événement décrit ne pouvait pas être établi avec le degré de preuve requis. Compte tenu de la latence de plus de cinq mois entre l'événement et la première consultation médicale, le lien de causalité naturelle entre les douleurs à l'épaule droite et l'événement du 4 avril 2024 était possible, mais pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Dès lors, il n'existait aucun droit à des prestations en lien avec l'événement du 4 avril 2024 ; l'assurance-accidents précisait qu'elle renonçait à demander le remboursement des prestations déjà allouées. De surcroît, l'effet suspensif était retiré à une éventuelle opposition à la décision.

b. Par courrier de son conseil du 12 mars 2025, l'assurée s'est opposée à la décision du 12 février 2025 et a annoncé que son médecin, le Dr D_____, allait rendre un rapport circonstancié qui demanderait un certain délai.

c. Le Dr D_____ a adressé un rapport médical daté du 19 mai 2025 à VISANA. Il a relevé que l'IRM du 3 septembre 2024 montrait l'existence d'une infiltration, d'un d'œdème avec une tuméfaction dans la région du récessus axillaire capsulaire, dont on savait qu'il s'agissait d'une trouvaille radiologique pouvant parfaitement confirmer être associé à une capsulite rétractile. De surcroît, ce diagnostic était confirmé par l'examen clinique qui avait montré des amplitudes articulaires tant passives qu'actives très douloureuses et limitées à 90° en élévation, 70° en abduction avec une rotation externe (position RE1) limitée à 20°. Le médecin expliquait que l'assurée avait tardé à consulter, car elle pensait que les douleurs allaient disparaître, ce qui expliquait le délai entre l'événement et la première consultation. Il ajoutait que l'IRM du 3 septembre confirmait indirectement le diagnostic de capsulite et montrait qu'il n'existait aucune autre lésion, en particulier, tendineuse de la coiffe des rotateurs qui pourrait être mise sur le compte d'une lésion de surcharge liée au travail, ou d'une lésion dégénérative qui aurait été préexistante à l'accident. Dès lors, le Dr D_____ considérait que le lien de causalité naturelle entre l'événement du 4 avril et la capsulite était pour lui complètement certain, ajoutant que l'assurée n'avait jamais souffert de son épaule droite auparavant et qu'aucun autre événement non accidentel n'entrait en considération.

d. L'assurée a fait parvenir à VISANA un rapport, daté du 4 novembre 2024, quant à l'infiltration de l'épaule droite, sous contrôle scopique continu du 31 octobre 2024. Le docteur F_____, spécialiste en radiologie, indiquait une capsulite rétractile ; il avait procédé à une anesthésie locale à la lidocaïne et avait injecté un produit de contraste, puis observé une opacification du récessus sous-coracoïdien à la fin de l'arthro-distension, avec passage du produit de contraste le

long du long chef du biceps, sans argument pour une déchirure transfixiante de la coiffe des rotateurs sur cet examen. Aucune complication n'avait été relevée par suite de l'infiltration.

e. Suite à l'opposition, VISANA a demandé une nouvelle évaluation médico-assurancielle confiée à l'un de ses médecins-conseils, le docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a rendu un rapport médical du 4 février 2026. En conclusion, il estimait que le Dr D_____, dans sa prise de position du 13 mai 2025, ne citait aucun argument médical valable démontrant qu'il existait, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité entre l'événement du 4 avril 2024 et la capsulite rétractile diagnostiquée en septembre 2024 chez l'assurée. L'argument reposait sur les déclarations de l'assurée, soit une corrélation temporelle entre l'événement et l'apparition de douleurs (raisonnement *post hoc ergo propter hoc*), mais il était peu vraisemblable que l'assurée ait pu continuer à travailler sans restriction comme orthodontiste, pendant plus de cinq mois après l'accident qu'elle avait subi, si elle avait souffert d'une blessure récente à l'épaule. Il était beaucoup plus probable que la problématique de l'épaule droite de l'assurée correspondît à une forme idiopathique ou secondaire de capsulite rétractile en lien avec l'hypocortisolisme dont souffrait l'assurée.

f. Par décision sur opposition du 17 février 2026, VISANA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 12 février 2025 en se fondant sur les rapports de ses médecins-conseils qui, tous deux, considéraient qu'il n'existait aucun lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'événement du 4 avril 2024 et la capsulite rétractile observée en septembre 2025. L'effet suspensif était retiré à un éventuel recours contre la décision.

C. a. Par acte de son conseil posté le 13 mars 2026, l'assurée a interjeté recours contre la décision sur opposition du 17 février 2026, par devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Elle a conclu à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée, en tant que de besoin, à l'annulation de la décision querellée et à ce qu'il soit dit que la recourante avait droit aux prestations de l'intimée, dès le 4 avril 2024, sous suite de frais et dépens. La recourante reprochait à l'intimée d'avoir écarté le lien de causalité uniquement en raison du temps qui s'était écoulé entre l'événement et le début des investigations médicales, ajoutant que la cause idiopathique liée à une hypocortisolisme évoquée par le médecin-conseil G_____ n'était pas étayée. À cet égard, l'assurée renvoyait au rapport médical du 4 mars 2026 rédigé par le Dr D_____, qui confirmait la raideur articulaire et les limitations en abduction et en élévation qui, selon lui, confirmaient l'origine traumatique de la capsulite rétractile.

b. Par réponse du 27 mai 2026, VISANA a conclu au rejet du recours, sous suite de frais éventuels. L'intimée contestait les arguments de la recourante et considérait que les conclusions de ses médecins-conseils présentaient une pleine

valeur probante, reprochant au Dr D_____ de conclure que les symptômes devaient être imputés à l'événement accidentel au seul motif qu'ils étaient apparus après celui-ci. Par ailleurs, des mesures d'instruction supplémentaire s'avéraient superflues compte tenu des constatations convaincantes du médecin-conseil G_____.

c. Par réplique postée le 6 juillet 2026, la recourante a persisté dans ses conclusions, ajoutant que selon une nouvelle pièce communiquée en annexe de la réplique, le docteur H_____, spécialiste en endocrinologie, confirmait dans une attestation du 30 juin 2026, que la recourante avait bénéficié le 31 octobre 2024 d'une infiltration de son épaule avec, entre autres produits, l'administration d'un glucocorticoïde (le Kénacort) qui avait causé une insuffisance corticotrope, ce qui était assez fréquent. Il s'en était suivi une insuffisance surrénalienne centrale, confirmée par un profil du cortisol salivaire du 4 novembre 2024, montrant des valeurs effondrées tout au long de la journée. Ce n'était qu'en janvier 2025, après de nouvelles analyses, qu'une récupération de l'axe corticotrope avait pu être constatée. Compte tenu de ces éléments, l'origine de la capsulite ne pouvait pas être attribuée au faible taux de cortisol comme l'avait affirmé le médecin-conseil G_____.

d. Par duplique du 24 juillet 2026, VISANA a persisté dans ses conclusions, relevant qu'il ne lui appartenait pas d'apporter la preuve de l'origine extra-accidentelle de l'atteinte et qu'il lui suffisait de constater l'absence de lien de causalité avec l'accident. Dès lors, le taux de cortisol constituait une cause purement étrangère à l'accident et ne relevait pas de l'objet de la preuve.

e. Par observations spontanées du 10 août 2026, la recourante a persisté dans ses conclusions, affirmant que la cause la plus probable de ses troubles de la santé était l'accident du 4 avril 2024.

f. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

g. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « En droit » du présent arrêt.

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 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de prester de l'intimée, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles de la santé de la recourante et l'événement du 4 avril 2024.

3.

3.1 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. Par accident, on entend 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 (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

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 ; 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.

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'assurée à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 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).

4.1 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'assurée. 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).

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).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

4.2 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'assurée (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assurée 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).

4.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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.

5.1 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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'assurée (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

5.2 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (*cf.* ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (*cf.* ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées

comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

5.3 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

- 6.** En l'espèce, la recourante considère qu'il existe un lien de causalité entre l'événement du 4 avril 2024 et les troubles de la santé dont elle a souffert par la suite ; elle se fonde notamment sur les rapports médicaux des Drs D_____ et H_____.

L'intimée, quant à elle, considère qu'il n'existe pas de lien de causalité entre ceux-ci et celui-là, au degré de la vraisemblance prépondérante, en se fondant sur les rapports de ses deux médecins-conseils.

6.1 Comme le souligne l'intimée, le principe *post hoc ergo propter hoc* ne suffit pas pour créer un lien de causalité entre un événement et des troubles médicaux. S'il est vrai que le Dr D_____ invoque cet argument, il n'en reste pas moins que ses observations cliniques lors de la première consultation concluent à l'existence d'une capsulite rétractile.

6.2 Le premier médecin-conseil de l'intimée, le Dr E_____, a considéré que l'existence de la capsulite rétractile n'était pas démontrée et ne pouvait pas être déduite de l'IRM du 3 septembre 2024 en l'absence d'utilisation de produit de contraste. Néanmoins, son confrère, le Dr G_____ a admis la présence de la capsulite rétractile dans son rapport médical du 4 février 2026. Il a toutefois considéré qu'en raison du temps écoulé entre l'événement d'avril 2024 et la consultation de septembre 2024, le lien de causalité ne pouvait être établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Pour justifier ce point de vue, il a estimé que la recourante n'aurait pas pu se passer d'une consultation pendant cinq mois si les

douleurs avaient débuté dès après l'événement du 4 avril 2024. D'autre part, il a émis l'hypothèse selon laquelle le trouble de la santé correspondait à une forme idiopathique ou secondaire de capsulite rétractile en lien avec l'hypocortisolisme dont souffrait l'assurée.

6.3 La chambre de céans constate que le deuxième médecin-conseil, le Dr G_____, et les Drs C_____ et D_____, consultés par la recourante, sont tous d'accord avec le diagnostic de capsulite rétractile. Le Dr G_____ semble considérer que le temps écoulé entre l'événement et la première consultation écarte l'hypothèse d'un lien de causalité.

La chambre de céans n'est pas convaincue par cet argument dès lors que la recourante, qui exerce une profession indépendante, a expliqué avoir souffert pendant plusieurs mois en espérant que les choses allaient s'arranger, raison pour laquelle elle n'a consulté qu'au mois de septembre. L'intimée n'a pas remis en doute les explications données par la recourante quant aux circonstances de l'événement ; dans ces conditions, il faut admettre sa version des faits selon laquelle elle a été percutée dans le dos, par un skieur lancé en pleine vitesse et qu'elle a chuté sur le flanc droit. Un tel événement implique plusieurs forces cinétiques, celle résultant de la vitesse du skieur et du choc initial, celle résultant de la chute, avec des mouvements possibles du bras droit pour amortir cette dernière, voire une crispation de l'épaule droite, dans l'anticipation de la chute. Une telle combinaison de mouvements est susceptible de causer le traumatisme observé en septembre 2024.

De surcroît, l'hypothèse avancée par le médecin-conseil G_____ quant à l'existence éventuelle d'un lien avec l'hypocortisolisme dont souffrait l'assurée est contredite par l'endocrinologue H_____ consulté par la recourante le 30 juin 2026 qui a expliqué, de manière convaincante, l'origine de l'insuffisance corticotrope.

6.4 S'il est vrai, comme le rappelle l'intimée, que cette dernière n'a pas à établir la cause des troubles médicaux, il n'en reste pas moins qu'elle doit pouvoir écarter, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité entre l'événement et les troubles médicaux.

La chambre de céans constate qu'il existe des contradictions entre les conclusions du premier et du second médecin-conseil de l'intimée, le premier considérant que l'existence d'une capsulite rétractile n'est pas établie alors que le second médecin-conseil, ainsi que les médecins consultés par la recourante, admettent son existence. D'autre part, les explications fournies par le second médecin-conseil, qui se fonde principalement sur le délai écoulé entre l'événement et la première consultation pour écarter le lien de causalité, reposent sur un élément très subjectif, soit le seuil de douleurs que peut supporter la recourante avant d'aller consulter un médecin. Ce raisonnement ne permet pas d'écarter tout doute quant à l'origine prétendument non traumatique des troubles de la santé de la recourante,

ce d'autant moins à la lecture des rapports médicaux des Drs D_____ et H_____.

Or, 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, à savoir que, même 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).

Il sied de rappeler que le juge doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3), mais qu'un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Compte tenu de ces éléments, la cause sera renvoyée à l'intimée pour la mise en œuvre d'une expertise destinée à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence ou non d'un lien de causalité entre l'événement du 4 avril 2024 et la capsulite rétractile dont souffre la recourante, avant de rendre une nouvelle décision.

7.

7.1 À l'aune de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition du 17 février 2026 sera annulée.

7.2 La recourante, assistée par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGa ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 ; RFPA - RS E 5 10.03).

7.3 Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGa *a contrario*).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 17 février 2026 et renvoie la cause à l'intimée, pour mise en œuvre d'une expertise, au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Octroie à la recourante, à charge de l'intimée, une indemnité de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Le président

Nora DE RIEDMATTEN

Philippe KNUPFER

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