

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3893/2023

ATAS/477/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 juin 2024

Chambre 5

En la cause

A_____

recourant

représenté par Me Éric MAUGUÉ, avocat

contre

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

intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER-FÜLLEMANN, juges assesseurs.

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____ 1966, a été victime d'un accident professionnel en date du 14 février 2022 ; selon les explications qu'il a données, telles qu'elles figurent dans la déclaration d'accident bagatelle LAA du même jour, il était en train de manipuler une grille métallique lorsque celle-ci s'est « décelée et désolidarisée » et sa main a été « coincée dans la grille ». L'assuré, dans la rubrique « blessures », a mentionné les parties du corps qui étaient touchées, soit la main droite, avec une coupure et une écorchure, et l'épaule droite, avec une contusion. Les premiers soins ont été dispensés par le service d'urgence de la clinique La Colline.
- b.** La B_____, employeur de l'assuré, a fait suivre la déclaration de sinistre auprès de son assurance pour les accidents professionnels et non professionnels, soit la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA), qui a accepté de prendre en charge les suites du sinistre.
- c.** En date du 25 août 2022, l'Hôpital de La Tour a demandé à la SUVA de bien vouloir émettre une garantie d'hospitalisation, prévoyant la prise en charge du séjour pour une hospitalisation de l'assuré, avec une date d'entrée prévue le 21 septembre 2022 et un diagnostic d'arthropathie AC (acromio-claviculaire) droite.
- d.** Par e-mail du 1^{er} septembre 2022, la SUVA a répondu qu'une erreur s'était probablement glissée dans la demande car l'accident du 14 février 2022 ne concernait pas une épaule. L'assuré a contacté téléphoniquement la SUVA et a expliqué, selon notice téléphonique du 15 septembre 2022, que lors de son accident du 14 février 2022, il avait également été blessé à l'épaule droite, ce qui était mentionné sur la déclaration d'accident. Il a donné des détails complémentaires en expliquant que lorsque la grille métallique avait basculé dans le trou en lui coinçant le doigt, son épaule droite avait cogné contre l'angle du support en caillebotis ; il était resté dans cette position en attendant les secours. Il avait ensuite consulté son chirurgien, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, chirurgie de l'épaule et du coude, médecin du sport, qui avait procédé à une infiltration ainsi qu'à une IRM en date du 31 mai 2022. Selon le chirurgien, ce n'était pas la rechute d'un trouble de l'épaule droite datant de l'année 2018, car ce n'était pas le même endroit qui était lésé ; une intervention de l'épaule droite était normalement prévue au mois de juin mais l'assuré avait préféré reporter cette dernière car son épouse, qui était en fauteuil roulant, devait également être opérée, ce qui était prioritaire.
- e.** La SUVA a demandé des rapports médicaux complémentaires, afin de se déterminer sur le droit aux prestations de l'assuré. Par courrier du 19 septembre 2022, elle a informé l'assuré qu'elle n'était pas en mesure de se déterminer au vu

des informations médicales lacunaires dont elle disposait et émettait des réserves sur la prise en charge de l'opération prévue le 21 septembre 2022. Par e-mail du 27 octobre 2022, l'assuré a fourni des explications complémentaires en répétant que son épaule droite avait violemment tapé sur l'angle en béton à fleur du sol lorsque la grille métallique était tombée dans le trou en entraînant sa main. Il a notamment précisé que l'opération prévue le 21 septembre 2022 en ambulatoire avait été maintenue et avait eu lieu et demandait qu'après analyse des documents par le médecin-conseil de la SUVA, cette dernière prenne en charge les frais du traitement et de l'intervention.

f. Après soumission du cas au médecin-conseil de la SUVA, soit le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, ce dernier a rendu un rapport du 16 février 2023 dans lequel il estimait que l'accident du 14 février 2022 n'avait pas entraîné une modification de l'état antérieur pathologique, notamment en se fondant sur l'IRM du 31 mai 2022. De plus, l'épaule droite était déjà arthrosique selon le rapport de l'IRM du 12 août 2019, qui mentionnait une arthrose modérée acromio-claviculaire avec pincement de l'interligne lame liquidienne articulaire et œdème discret sous-chondral des deux berges articulaires s'associant à une hypertrophie ostéophytique. La chirurgie qui avait été effectuée en date du 21 septembre 2022 était sans rapport avec le traumatisme du 14 février 2022 ; son origine était la maladie, soit l'arthrose ancienne observée en 2019 et non pas traumatique, sans décompensation définitive lors du sinistre de 2022. Il citait le rapport opératoire du Dr C_____ qui précisait sous diagnostic : arthropathie acromio-claviculaire droite. Selon le médecin-conseil, le retour à l'état antérieur était proposé trois mois après le sinistre, aussi bien pour la main que pour l'épaule.

B. a. Par décision du 5 janvier 2023, la SUVA a décidé de clôturer le cas au 20 septembre 2022 au soir et de mettre fin aux prestations d'assurances à cette même date ainsi qu'au versement des prestations d'assurances perçues jusqu'ici, notamment les indemnités journalières et les frais de traitement. Cette décision était motivée par le fait que l'intervention chirurgicale du 21 septembre 2022 n'avait pas de relation avec l'événement du 14 février 2022, ni avec celui antérieur du 19 novembre 2018. Les troubles persistants actuellement à l'épaule droite et à la main droite n'avaient plus aucun lien avec l'accident.

b. Par courrier de son mandataire daté du 24 janvier 2023, l'assuré s'est opposé à la décision du 5 janvier 2023 et a conclu à son annulation, ainsi qu'à la poursuite des prestations d'assurances ; il a également demandé à pouvoir compléter son opposition après réception du dossier. Par courrier de son mandataire du 23 février 2023, l'assuré s'est fondé sur un rapport du Dr C_____ du 20 février 2023 annexé, selon lequel l'état antérieur, observé sur l'IRM du 12 août 2019, n'était pas considéré comme pathologique tant que le patient restait asymptomatique. Il ajoutait que l'accident du 14 février 2022 « pourrait être » responsable d'une décompensation de l'arthropathie acromio-claviculaire.

L'assuré en tirait la conclusion qu'il existait un lien de causalité entre l'accident du 14 février 2022 et l'intervention chirurgicale du 21 septembre 2022.

c. La SUVA a soumis le dossier à son médecin-conseil, qui s'est déterminé par appréciation médicale du 22 mars 2023. Après avoir récapitulé l'intégralité des pièces du dossier, il a maintenu son appréciation précédente.

d. À réception de l'appréciation médicale du 22 mars 2023, le mandataire de l'assuré, par courrier du 5 avril 2023, a relevé que la contusion à l'épaule droite était mentionnée dans la déclaration d'accident, ce qui contredisait les déclarations du médecin-conseil selon lesquelles il n'y avait aucun signalement médical à cette période (mars 2022) qui puisse faire penser à une éventuelle décompensation d'une problématique de l'épaule droite, pathologique au moment du sinistre. L'assuré maintenait ses conclusions en annulation de la décision. La SUVA a maintenu sa position, se fondant sur une appréciation médicale du Dr D_____ du 2 juin 2023. Après avoir reçu les pièces médicales complémentaires de l'assuré, celui-ci a confirmé dans une appréciation médicale du 17 octobre 2023 qu'en ce qui concernait la main droite de l'assuré, il admettait l'existence de séquelles minimales, consolidées, sans arthrose, avec une différence de mobilisation des articulations <10° qui ne devait pas poser un souci majeur dans la gestion des activités du quotidien. En ce qui concernait l'épaule droite, son évaluation n'était pas modifiée par les informations complémentaires transmises, l'accident avait cessé de déployer ses effets depuis, au plus tard, trois mois après l'événement concerné.

e. Par décision sur opposition du 25 octobre 2023, la SUVA a rejeté l'opposition, retiré l'effet suspensif à un éventuel recours contre la décision et confirmé, en substance, les appréciations médicales de son médecin-conseil données en toute connaissance de cause après examen des pièces médicales et en ayant tenu compte des plaintes formulées par l'assuré et analysé les points litigieux. Exemptes de contradictions, ces appréciations devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il était ajouté que, dans son avis du 20 février 2023, le Dr C_____ n'avait évoqué qu'une simple possibilité en considérant que l'accident du 14 février 2022 « pourrait être responsable d'une décompensation de l'affection dégénérative ».

C. a. Par acte de son mandataire, posté en date du 23 novembre 2023, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 25 octobre 2023 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Il a conclu, préalablement, à l'audition du Dr C_____ en confrontation avec le Dr D_____ et à ce qu'une expertise orthopédique soit ordonnée. Sur le fond, il a conclu à l'annulation de la décision de la SUVA du 5 janvier 2023 et à la prise en charge des prestations au-delà du 20 septembre 2022, sous suite de frais et dépens.

b. Par réponse du 2 février 2024, la SUVA a conclu au rejet du recours, en raison notamment du fait que le Dr C_____ avait émis une simple supposition quant à

la possibilité que l'accident du 14 février 2022 soit responsable d'une décompensation de l'arthropathie acromio-claviculaire, ce qui n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

c. Par réplique du 27 février 2024, l'assuré a relevé que, dans son rapport médical du 12 mai 2023, le Dr C_____ avait écrit qu'il estimait que le mécanisme présenté par le patient avait été vulnérant et avait décompensé, d'une manière chronique, l'articulation acromio-claviculaire.

d. La chambre de céans a fixé une audience en date du 25 avril 2024, lors de laquelle l'assuré et la SUVA ont été entendus. Les Drs C_____ et D_____ ont été auditionnés en confrontation. Après avoir exposé leurs appréciations divergentes, le Dr C_____ a confirmé qu'il ne pouvait pas fixer un pourcentage selon lequel il considérait que l'événement du 14 février 2022 présentait un lien de causalité possible ou probable avec son intervention du 21 septembre 2022. Il estimait toutefois qu'il n'aurait pas effectué cette opération s'il ne jugeait pas probable qu'elle améliorât la situation du patient et notamment sa symptomatologie au niveau des douleurs ; il a confirmé la réponse qu'il avait donnée, sous chiffre 3b de son rapport du 22 février 2023, selon laquelle l'événement « pourrait » avoir décompensé la situation antérieure. De son côté, le Dr D_____ a confirmé ses appréciations médicales en se fondant sur des éléments d'imagerie tels que l'échographie effectuée deux semaines après l'événement, le rapport initial LAA, daté du 20 septembre 2022, établi par la docteure E_____ qui avait effectué les premiers soins et n'avait mentionné aucune douleur à l'épaule droite mais uniquement des douleurs à la main, et enfin l'IRM du 30 mai 2022 qui, selon lui, clôturait le cas dès lors, qu'il n'y avait pas d'épanchement visible.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

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

EN DROIT

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

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

2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de la SUVA de ne pas prester au-delà du 20 septembre 2022 pour les suites de l'accident du 14 février 2022.

Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 25 avril 2024, le recourant a précisé que l'objet du litige était circonscrit, en ce qui le concernait, à la prise en charge par l'intimée des frais de l'intervention à l'épaule droite du 21 septembre 2022.

- 4.

4.1 Les dispositions de la LPGA s'appliquent par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA. 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).

4.2 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).

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.

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

5.

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 l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

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).

5.2 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).

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).

5.3 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).

5.4 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 (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 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée

par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

6.

6.1 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'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

6.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurances 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 correspond 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).

6.3 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 (Cst. - RS 101 ; 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, 122 V 157 consid. 1d).

7. En l'espèce, se fondant sur l'appréciation médicale de son médecin-conseil, la SUVA considère qu'il n'existe pas de lien de causalité entre l'accident du 14 février 2022 et l'intervention du 21 septembre 2022.

De son côté, le recourant, se fondant sur l'appréciation médicale de son médecin traitant, considère que l'intervention du 21 septembre 2022 est en lien de causalité avec l'accident du 14 février 2022.

7.1 À titre préalable, il est nécessaire d'examiner si l'appréciation médicale du médecin-conseil de l'intimée présente une pleine valeur probante.

Le Dr D_____ s'est exprimé dans plusieurs appréciations médicales, au fur et à mesure de la réception de pièces médicales transmises par le recourant.

Dans ses appréciations médicales, il a énuméré, dans leur ordre chronologique, les pièces médicales versées au dossier ainsi que les appréciations des auteurs et les faits pertinents qui en résultaient.

Depuis sa première appréciation datée du 16 décembre 2022, le Dr D_____ a toujours soutenu que l'acte chirurgical du 21 septembre 2022 n'avait pas de rapport avec le traumatisme du 14 février 2022. Il a notamment relevé que l'arthrose ancienne observée en 2019 était d'origine malade et non pas traumatique, comme cela ressortait du rapport de l'IRM du 12 août 2019 décrivant

une arthrose modérée acromio-claviculaire et du rapport d'intervention du Dr C_____, mentionnant comme diagnostic une arthropathie acromio-claviculaire droite. Suite à l'opposition du recourant, la SUVA lui a demandé une appréciation plus détaillée, à laquelle il a répondu par appréciation médicale du 22 mars 2023. Il a notamment relevé qu'après l'accident, l'assuré ne s'était pas plaint de douleurs au niveau de l'épaule droite, ce qui est confirmé par le rapport initial LAA de la Dre E_____, faisant suite à la consultation de premiers soins du 14 février 2022, qui ne mentionne que la main droite et des douleurs à cette main, traitées par antalgiques. Par ailleurs, la docteure F_____, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie, qui a reçu l'assuré en consultation aux urgences de la clinique La Colline, le 26 mars 2022, ne mentionne à aucun moment, dans le rapport médical du même jour, des douleurs au niveau de l'épaule, le patient ayant consulté pour une sensation de gêne à l'intérieur du doigt de type pulsatile et une légère gêne à la flexion de l'IPP1. Compte tenu des observations objectives figurant dans les rapports médicaux et les rapports d'imagerie, c'est à juste titre que le Dr D_____ a retenu l'absence d'un lien de causalité entre l'accident du 14 février 2022 et l'intervention du 21 septembre 2022.

Partant, la chambre de céans considère que les appréciations médicales du médecin-conseil de la SUVA présentent une pleine valeur probante.

7.2 Il sied encore d'examiner si le médecin traitant, le Dr C_____, a pu établir l'existence d'éléments inconnus ou ignorés du médecin-conseil et qui établiraient une origine traumatique des troubles de l'épaule droite ayant nécessité l'intervention du 21 septembre 2022.

L'assuré et son médecin traitant allèguent que la problématique des douleurs à la main a pu « masquer » la problématique des douleurs à l'épaule, ce qui expliquerait les raisons pour lesquelles l'assuré n'en a pas fait mention, dès après l'accident.

Cette théorie est toutefois démentie par le rapport d'échographie de l'épaule droite réalisé à l'Hôpital de La Tour par le Dr C_____, en date du 3 mars 2022, à la demande du docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne, et qui mentionne, comme indications, la suspicion de lésions de la coiffe des rotateurs. Ledit rapport mentionne notamment que le « tendon sus-épineux présente un statut postopératoire, la réparation est de type SUGAYA (...) Pas de lésion. Absence de ressaut sous-acromial ou d'une impaction dynamique de la BSAD » (bursite sous-acromiale deltoïdienne de l'épaule). Le rapport du Dr C_____ démontre, d'une part, qu'un examen de l'épaule a eu lieu deux semaines après l'accident, ce qui met à néant la théorie selon laquelle les troubles de l'épaule n'auraient pas été diagnostiqués plus tôt, en raison des troubles de la main et, d'autre part, qu'il n'y a aucune trace d'une lésion traumatique selon l'échographie du 3 mars 2022. Cet état de fait est confirmé par l'IRM de l'épaule droite du 31 mai 2022, réalisée à l'Hôpital de La Tour par le docteur H_____, spécialiste FMH en radiologie, qui mentionne dans les conclusions de son rapport du 2 juin

2022 un « statut post-suture du tendon supra épineux (...) avec un bon résultat sans signe de complication » (...) un « petit épanchement liquidien dans la bourse sous-acromiale » et une « arthrose acromio-claviculaire légère à modérée ».

Lors de l'audience de confrontation du 25 avril 2024, le médecin-conseil de la SUVA n'a pas remis en question les déclarations de l'assuré, selon lesquelles son épaule droite avait subi une contusion lors de l'accident, mais il a observé qu'il n'y avait aucun épanchement intra-articulaire qui ressortait de l'imagerie médicale ; or, selon lui, en l'absence d'un épanchement intra-articulaire, on ne pouvait pas considérer qu'il y avait une décompensation suffisamment sévère pour créer une lésion, raison pour laquelle il niait l'existence d'un lien de causalité.

Le Dr C_____ a rétorqué qu'en observant l'IRM du 31 mai 2022, il était exact qu'il n'y avait pas d'épanchement important, mais que l'infiltration avait pu assécher l'épanchement ; à cet argument, le Dr D_____ a répondu que même si on retenait l'hypothèse selon laquelle l'infiltration avait asséché l'épanchement, cela démontrait qu'il n'y avait plus de suite visible de l'événement au 31 mai 2022 et que le trouble à l'épaule droite avait disparu, raison pour laquelle le délai de trois mois qu'il avait indiqué pour les suites d'un éventuel trouble à l'épaule droite était confirmé, vu le délai écoulé entre le 14 février et le 31 mai 2022. Le Dr C_____ n'a pas contesté cette théorie tout en maintenant que, selon lui, le craquement qu'avait entendu l'assuré au moment de l'événement ne pouvait être qu'en rapport avec l'articulation acromio-claviculaire.

Enfin, appelé à confirmer son appréciation des probabilités que l'événement du 14 février ait pu décompenser une épaule fragilisée, le médecin traitant a répété sa précédente appréciation selon laquelle cela « pourrait » être le cas, sans pouvoir donner plus de poids à cette probabilité.

En se fondant notamment sur l'imagerie médicale, la chambre de céans constate qu'il n'est fait mention d'aucune lésion traumatique à l'épaule droite suite à l'événement ; aucun indice ne permet de retenir une telle lésion.

Le médecin traitant du recourant ne fournit pas d'argument permettant d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité entre l'événement du 14 février 2022 et l'intervention du 21 septembre 2022.

À l'aune de ce qui précède, la chambre de céans a retenu les faits pertinents qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante et est convaincue que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation ; dès lors, il est superflu d'administrer d'autres preuves et notamment d'ordonner une expertise judiciaire orthopédique (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références).

8.

8.1 Au vu de ces éléments, la chambre de céans considère qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles de l'épaule droite ne sont plus en lien de causalité avec l'événement du 14 février 2022 à la date de l'IRM du 31 mai 2022. Par conséquent, c'est à juste titre que la SUVA a refusé de prendre en charge les traitements postérieurs au 20 septembre 2022.

Le recours est donc rejeté.

8.2 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

Le président

Véronique SERAIN

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