

# **GE\_GERICHTE ATAS/477/2024 vom 20. Juni 2024**

GE Cour de justice, 2024-06-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_477\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_477_2024)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/477/2024 du 20 juin 2024

IT: GE\_GERICHTE ATAS/477/2024 del 20 giugno 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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

### **E. 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]).

A/3893/2023 - 6/15 - Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

### **E. 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.

### **E. 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).

### **E. 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

A/3893/2023 - 7/15 - entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

#### **E. 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).

#### **E. 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 LPG), 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).

A/3893/2023 - 8/15 - 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).

## **E. 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

A/3893/2023 - 9/15 - 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).

### **E. 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).

### **E. 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).

### **E. 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

A/3893/2023 - 10/15 - 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).

### **E. 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).

### **E. 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

A/3893/2023 - 11/15 - 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).

### **E. 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).

### **E. 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.

#### **E. 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

A/3893/2023 - 12/15 - 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.

### **E. 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

A/3893/2023 - 13/15 - 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).

## **E. 8**

A/3893/2023 - 14/15 -

### **E. 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.

### **E. 8.2**

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

A/3893/2023 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.