RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4383/2020 **ATAS/1280/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 décembre 2021

2ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à Rumilly, FRANCE recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse, LUZERN intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____, né le _____ 1980, a été engagé le 22 janvier 2018 en qualité de monteur en ventilation à plein temps par la société B_____SA (ci-après : l'employeur). À ce titre, il était assuré auprès de la SUVA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.

b. Le 2 juillet 2018, alors qu'il mettait un manchon sur une gaine, sa main a dérapé et son pouce droit a subi une coupure. Selon la déclaration de sinistre LAA du même jour, il a interrompu son travail à la suite de cet accident et s'est vu prodiguer des soins au Service des urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG). Selon les radiographies qui y avaient été effectuées, l'os n'était pas atteint.

c. L'assureur a pris en charge les suites de cet accident en octroyant à l'assuré les prestations légales (prestations pour soins et indemnités journalières), à partir du 5 juillet 2018, sur la base d'une incapacité totale de travail.

d. Le 7 novembre 2018, l'assuré a subi une seconde intervention au pouce droit. Selon le compte-rendu opératoire du 8 novembre 2018, établi par la doctoresse C_____, cheffe de clinique auprès du Service de chirurgie orthopédique des HUG, l'assuré présentait un névrome cicatriciel de la branche sensitive du nerf radial du pouce droit. L'intervention avait consisté en une résection de ce névrome et la réalisation d'une suture directe du nerf.

e. Le 5 mars 2019, l'assuré a été examiné par le Dr D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de l'assureur. Dans son rapport du 7 mars 2019, ce médecin a pris note des déclarations de l'assuré. Il en ressortait que son travail consistait en de la manutention lourde dans le cadre du métier de plombier-chauffagiste (port de tuyaux qu'il manipulait avec des gants relativement fins) et qu'il existait des antécédents d'une luxation de l'épaule gauche, traitée au « CHU Nord » en 2003, au moyen d'une opération de Latarjet dont les suites avaient été marquées par une algodystrophie séquellaire et une raideur de l'épaule qu'il avait gardée. Pour l'événement du 2 juillet 2018, il était suivi par la Dresse C_____ qui envisageait une reprise du travail à 50% à partir du mois d'avril. Selon l'assuré, les douleurs de la main et du pouce étaient assez insupportables en cas d'exposition au froid et de changement de temps. Après avoir examiné l'assuré et posé le diagnostic de plaie dorsale de « P1 » du pouce droit, compliquée d'un névrome secondairement au niveau de la branche sensitive du nerf radial du pouce droit, le Dr D_____ a estimé que l'évolution après résection du névrome était favorable, malgré la persistance d'une dysesthésie au froid et d'une hypoesthésie au pique-touche. La reprise de la force était satisfaisante et pouvait encore s'améliorer sous physiothérapie, ce qui permettrait ainsi une reprise de travail à 50% début avril 2019. Cette reprise à 50% devait se poursuivre pendant un ou deux mois au maximum, de manière à rendre possible la continuation de

la physiothérapie, avant une reprise à temps complet de l'activité. Il ne fallait pas s'attendre à une baisse de rendement au moment du retour à une activité à plein temps.

f. Suite au licenciement prononcé par l'employeur, le contrat de travail de l'assuré a pris fin le 30 avril 2019.

B. **a.** Par décision du 3 mai 2019, l'assureur a informé l'assuré qu'au vu du rapport du 7 mars 2019 du Dr D_____, une incapacité de travail complète n'était plus justifiée médicalement pour les seules suites de l'accident du 2 juillet 2018. Étant donné qu'il était capable de travailler à 50% dès le 15 avril 2019, l'indemnité journalière allouée serait réduite à due proportion à compter de cette date.

b. Le 7 mai 2019, l'assureur a reçu un rapport que la Dresse C_____ avait établi le 30 avril 2019 à la suite d'une consultation donnée le même jour. Il en ressortait que l'assuré avait tenté, le 15 avril 2019, une reprise du travail qui n'avait pas été concluante dans la mesure où les douleurs neurogènes post-chirurgicales du pouce rendaient impossible l'utilisation d'un marteau-piqueur ou d'une disqueuse. Au vue de ces circonstances, elle avait délivré un nouvel arrêt de travail complet d'un mois à compter du 2 mai 2019 en précisant qu'une reconversion professionnelle devait être envisagée.

c. Le 14 mai 2019, l'assureur a reçu un courrier non daté de l'assuré, par lequel celui-ci formait opposition à la décision du 3 mai 2019.

d. Par avis du 14 mai 2019, le Dr D_____ a estimé qu'il fallait réaliser un bilan d'activité fonctionnelle à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), comprenant un passage aux ateliers professionnels, puisqu'on se dirigeait vers une réorientation professionnelle.

e. Par courrier du 15 mai 2019, l'assureur a informé l'assuré qu'au vu de l'opposition que celui-ci avait formée et du dernier avis du Dr D_____, il annulait sa décision du 3 mai 2019. Selon les informations en sa possession, l'assuré avait travaillé à 50% du 15 au 28 avril 2019. À partir du 29 avril 2019, une indemnité journalière pleine et entière serait versée à l'employeur.

f. Le 1er juillet 2019, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).

g. Le 9 septembre 2019, les docteurs E_____ et F_____, respectivement cheffe de clinique et médecin-assistant à la CRR ont informé le Dr D_____ que l'assuré avait séjourné du 6 au 28 août 2019 dans leur établissement et qu'ils avaient posé les diagnostics suivants au cours du séjour :

- sur le plan orthopédique : douleurs de l'épaule et du genou après exercices de physiothérapie au cours du séjour ;

- concernant la main droite : l'IRM du 14 août 2019 n'avait pas montré de récidive de névrome et n'avait pas non plus montré d'anomalie au niveau des tendons fléchisseurs de D3 et D4.

Au cours du séjour, l'assuré avait été suivi aux ateliers professionnels, où il avait travaillé sur des périodes planifiées jusqu'à deux heures consécutives, mais il y avait mis fin après nonante minutes en raison des douleurs du pouce et de l'épaule droits.

Les limitations fonctionnelles provisoires suivantes étaient retenues :

- pas de port de charges supérieures à 10-15 kg ;
- pas de port de charges supérieures à 5-10 kg de manière répétée ;
- pas de mouvements nécessitant de la force de préhension de la main droite ;
- pas de mouvements nécessitant une préhension ou l'utilisation de la pince pouce-index ;
- pas d'utilisation de machines vibrantes.

La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Avec la poursuite de la physiothérapie, une stabilisation était attendue dans un délai de deux à trois mois, étant précisé que le consultant spécialisé en chirurgie de la main de la CRR ne retenait pas d'indication à une nouvelle chirurgie.

Si le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de monteur en ventilation était défavorable, il apparaissait théoriquement favorable dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles retenues, soit en faisant abstraction des facteurs personnels et contextuels susceptibles d'interférer avec le processus de réorientation.

h. Le 27 novembre 2019, l'assuré a fait l'objet d'un « examen final » par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Dans son rapport rendu le 29 novembre 2019, le Dr D_____ a pris note des déclarations de l'assuré. Celui-ci avait une « impression positive » s'agissant de son pouce, en tout cas pour ce qui concernait la récupération de sa mobilité. Cette impression ne concernait toutefois pas la récupération de la force. Il ne supportait pas le moindre contact vibrant au niveau de la peau du pouce. Il était actuellement gêné surtout par l'épaule et le genou droits. Il avait certes eu des antécédents concernant l'épaule et le genou gauches mais pas l'épaule et le genou droits qui étaient devenus douloureux lors de son séjour à la CRR.

Après avoir examiné l'assuré, le Dr D_____ a estimé que l'évolution était stagnante depuis plusieurs mois et que, dans la mesure où la CRR avait conclu à une stabilisation à trois mois, c'est-à-dire dans un mois, il était possible de dire que l'état serait stabilisé dans un mois avec les limitations fonctionnelles définitives suivantes :

- pas de port de charges supérieures à 15 kg ;
- pas de port de charges supérieures à 10 kg de manière répétée ;
- pas de mouvements nécessitant de la force de préhension de la main droite ;
- pas de mouvements répétés de la main droite nécessitant une préhension ou l'utilisation de la pince pouce-index, en dehors de mouvements fins ;
- interdiction d'utiliser des machines vibrantes.

L'ancien métier de monteur en ventilation n'était plus exigible compte tenu des limitations fonctionnelles. En revanche, dans une activité adaptée à ces dernières, la capacité de travail était entière sans diminution de rendement.

C. **a.** Par décision du 3 février 2020, l'assureur a refusé d'allouer à l'assuré des prestations en lien avec les troubles dont celui-ci avait fait état à l'épaule droite, motif pris que la causalité entre ces troubles et l'événement dommageable du 2 juillet 2018 n'avait pas été rendue vraisemblable.

b. Par courriel du 17 février 2020, l'assuré a adressé à l'assureur, en pièces jointes, divers rapports et documents d'imagerie récents, relatifs à son épaule et genou droits.

c. Par décision du 19 février 2020, l'assureur a refusé d'allouer à l'assuré des prestations en lien avec les troubles qu'il avait signalés au genou droit, motif pris que la causalité entre les troubles en question et l'événement dommageable du 2 juillet 2018 n'avait pas été rendue vraisemblable.

d. Par courrier du 19 février 2020, l'assureur a informé l'assuré qu'au vu des nouvelles données médicales qu'il lui avait communiquées le 17 février 2020 et l'avis de son médecin d'arrondissement, il n'avait plus besoin d'un traitement. Par conséquent, la prise en charge des soins médicaux et le paiement des indemnités journalières prendrait fin avec effet au 30 avril 2020.

e. Par pli du 28 février 2020, l'assuré a formé opposition à la décision du 3 février 2020 en faisant valoir qu'une IRM était prévue fin mars, de même qu'une consultation auprès de son rhumatologue. En conséquence, il demandait que soit mise en œuvre « la procédure d'expertise médicale prévu[e] par la loi ».

f. Par décision du 16 mars 2020, l'assureur a rendu une décision refusant l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) à la lumière de la seule atteinte du pouce droit.

g. Le même jour, l'assuré a formé opposition à la décision du 19 février 2020, motif pris qu'un scanner du genou droit était prévu le 24 mars 2020, de même qu'une consultation avec un chirurgien.

h. À la demande de l'assureur, le Dr D_____ a effectué, le 27 mars 2020, une appréciation médicale à la lumière des rapports produits le 17 février 2020 par l'assuré.

i. Le 15 avril 2020, l'assuré a formé opposition à la décision du 16 mars 2020 en demandant la mise en œuvre d'une expertise médicale.

j. Par communication du 15 mai 2020, l'OAI a informé l'assuré qu'une indemnité journalière lui serait versée du 1er au 31 mai 2020. Cette durée correspondait au délai d'attente précédant les mesures professionnelles dont il bénéficierait auprès de la Fondation Pro à partir du 1er juin 2020.

k. Le 19 octobre 2020, l'assuré a transmis à l'assureur de nouveaux rapports de consultation et d'imagerie relatifs à son genou droit.

l. Par décision sur opposition du 18 novembre 2020, l'assureur a préalablement joint les oppositions des 28 février, 16 mars et 15 avril 2020 puis les a rejetées sur le fond, motif pris que les douleurs que l'assuré avait présentées à l'épaule et au genou droits après des exercices de physiothérapie ne découlaient pas d'un accident et qu'elles n'étaient pas non plus constitutives d'une lésion assimilée. Ainsi, il n'existait aucun lien de causalité entre lesdits troubles et un accident survenu à la CRR. Dans la mesure où l'assuré, dans ses oppositions des 28 février et 16 mars 2020, ne formulait aucun grief à l'encontre des appréciations du Dr D_____ des 29 novembre 2019 et 27 mars 2020, les décisions des 3 et 19 février 2020 méritaient d'être confirmées. Il en allait de même de la décision du 16 mars 2020 puisque l'assuré n'avait pas contesté la stabilisation de son état de santé en lien avec les seuls troubles en lien de causalité avec l'accident du 2 juillet 2018 et qu'il n'avait formulé aucun grief au sujet du calcul du degré d'invalidité et de l'absence de droit à une IPAI.

D. **a.** Le 17 décembre 2020, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant en substance à son annulation et à la prise en charge des soins. À cet égard, le recourant a relevé qu'il était précisé dans le rapport de la CRR qu'au cours de son séjour de réadaptation dans cet établissement, il s'était blessé à son épaule droite et à son genou droit. Sa démarche consistait par conséquent à faire en sorte que les soins dont il avait encore besoin soient pris en charge par l'intimée.

b. Par réponse du 1er février 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. Même si les médecins de la CRR avaient indiqué que le recourant avait présenté des douleurs à l'épaule et au genou droits après des exercices de physiothérapie, il n'avait pas subi un accident et ne présentait pas non plus de lésion assimilée. De plus, les lésions à l'épaule et au genou droits n'étaient pas en lien de causalité avec un événement subi à la CRR. Pour ce qui concernait le seul trouble en lien de causalité avec l'accident du 2 juillet 2018, soit le pouce droit du recourant, force était de constater que l'intéressé ne formulait aucun grief à l'encontre de la décision litigieuse en tant qu'elle niait le droit à une IPAI ainsi qu'à une rente d'invalidité. Dans ces conditions, l'intimée était fondée à refuser de prendre en charge les troubles à l'épaule et au genou droit annoncés à la suite du séjour à la

CRR. C'était également à bon droit qu'une rente d'invalidité et une IPAI avaient été niées.

c. Le 2 mars 2021, le recourant a répliqué en faisant valoir que lors du séjour à la CRR, il s'était blessé au cours d'exercices de rééducation (physiothérapie). Alors que le dérobement de son genou droit était survenu lors de l'utilisation d'un appareil de musculation, les troubles de son épaule droite étaient apparus à la suite d'un exercice avec un élastique de force. Les frais médicaux liés au traitement de son genou et de son épaule (soins, kinésithérapie, etc.) avaient été à sa charge depuis le début. Pour le reste, il ressentait toujours des douleurs au pouce, même après deux interventions. Comme celui-ci se bloquait par moments, le recourant ne comptait pas le nombre d'assiettes et de verres cassés.

d. Le 4 mars 2021, la chambre de céans a transmis, pour information, une copie de ce courrier à l'intimée.

e. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

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. **2.1** À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

2.2 Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

2.3 La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

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

Interjeté à temps et satisfaisant aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi l'art. 89B LPA), le recours est recevable.

3. Le litige porte, d'une part, sur le point de savoir si dans les suites de l'accident du 2 juillet 2018, l'intimée était fondée à supprimer, avec effet au 30 avril 2020, le droit du recourant à des prestations d'assurance pour les troubles persistant au-delà de cette date et, d'autre part, si ces prestations, qui ont été fournies en raison de l'atteinte accidentelle du pouce droit du 2 juillet 2018, devraient également inclure des prestations d'assurance pour les douleurs de l'épaule et du genou droits, apparues après des exercices de physiothérapie accomplis dans le cadre d'un séjour de réadaptation effectué du 6 au 28 août 2019 à la demande de l'intimée.

4. **4.1** L'art. 6 al. 1 LAA dispose que les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Aux termes de l'art. 6 al. 3 LAA, l'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 10 LAA).

4.2 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).

4.3 Dans le cas d'espèce, l'intimée ne conteste pas que l'événement du 2 juillet 2018, ayant occasionné une lésion du pouce droit répond à la définition précitée. Elle estime en revanche qu'elle n'a pas à fournir de prestations en lien avec les troubles à l'épaule et au genou droits dans la mesure où les circonstances de leur survenance – en particulier l'absence de chute ou de mouvement non coordonné lors de l'exercice de physiothérapie à la CRR – ne permettent pas d'admettre que le recourant a été victime d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA.

5. **5.1** 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. 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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 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 (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1 et les arrêts cités).

5.2 Le droit à des prestations suppose en outre un rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

5.3 En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

5.4 L'art. 6 al. 3 LAA prévoit, par ailleurs, que l'assurance-accidents alloue ses prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA. L'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA – RS 832.202) dispose en outre, sous la note marginale « autres lésions corporelles », que l'assuré a également droit aux prestations d'assurance pour les lésions corporelles qu'il subit lors d'un examen médical ordonné par l'assureur ou rendu nécessaire par d'autres circonstances (cf. art. 10 OLAA). Par ce biais, il a été institué une catégorie de prestations obligeant l'assureur-accidents à fournir ses prestations pour des lésions causées lors d'un traitement (Irene HOFER, in Frésard-Fellay, Leuzinger, Pärli [éd.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019,

n. 108 ad art. 6 LAA). En effet, les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents, qui exerce un contrôle sur le traitement (cf. l'art. 48 LAA). Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le traitement médical des suites de l'accident. Une atteinte à la santé résultant d'un acte médical ou d'une omission de poser un tel acte, dans le cadre du traitement d'une maladie sans rapport avec les prestations pour soins allouées conformément à l'art. 10 LAA, n'entre pas dans le champ d'application de l'art. 6 al. 3 LAA. L'assurance-accidents ne répond donc pas, par exemple, d'un décès ensuite d'un cancer sans rapport de causalité avec l'accident assuré et qui n'a pas été découvert (à temps) à l'occasion de soins médicaux pris en charge au titre de l'art. 10 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 2.2 et les références).

5.5 En cas de lésions consécutives à un traitement médical, les prestations que doit allouer l'assureur-accidents correspondent à celles qui sont prévues au titre 3 de la LAA (Jean-Maurice FRÉSARD, Margit MOSER-SZELESS in Meyer [éd.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, vol. XIV, Soziale Sicherheit, 3ème éd. 2016, p. 948, n. 149).

6. **6.1** Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA).

6.2 Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10% prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en

charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2). Il s'ensuit que la suspension des prestations provisoires et la liquidation du cas avec examen des conditions du droit à la rente et de l'IPAI sont des questions si étroitement liées entre elles, qu'il faut partir du principe qu'il s'agit d'un seul objet du litige (ATF 144 V 354 consid. 4.2).

7. **7.1** La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

7.2 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 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).

7.2.1 Ainsi, 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).

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 suffisants 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 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

7.2.2 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; ATF 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).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

9. **9.1** 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).

9.2 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

10. 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 des assurances 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).

11. **11.1** En l'espèce, il n'est pas contesté qu'il n'existe pas de lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 2 juillet 2018 et les troubles constatés au niveau de l'épaule et du genou droits, ce qui exclut un droit à des prestations d'assurance fondées sur l'art. 6 al. 1 LAA pour ces atteintes, à tout le moins en lien avec l'événement du 2 juillet 2018. En revanche, il y a lieu d'examiner s'il incombe à l'intimée d'allouer, le cas échéant, des prestations d'assurance au recourant du fait d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte au niveau de l'épaule et du genou droits et le traitement médical (art. 6 al. 3 LAA).

11.2 Il convient de préciser, à titre liminaire, que la notion de « traitement médical » au sens de l'art. 6 al. 3 LAA comprend notamment le séjour effectué par un assuré, à la demande de l'assureur, dans une clinique de réadaptation (« Rehabilitationsklinik ») en vue d'une réadaptation orthopédique, complétée par une évaluation sur le plan somatique, psychosocial et professionnel (cf. ATF 128 V 169).

11.3 En l'espèce, l'intimée a fait parvenir à la CRR, le 17 mai 2019, une demande d'admission du recourant en division commune en vue d'une réadaptation de la main, d'une réadaptation intensive axée sur les douleurs et d'une évaluation des capacités fonctionnelles. Il s'agissait en outre d'apprécier la problématique psychosociale et de préparer la liquidation du cas (cf. dossier intimée, pp. 81-82).

Au vu de l'ATF 128 V 169 précité, il convient d'assimiler le séjour du recourant à la CRR à un « traitement médical » au sens des art. 6 al. 3 et 10 LAA. On ajoutera que ce traitement tombe sous le champ d'application de la norme de responsabilité de l'art. 6 al. 3 LAA dans la mesure où la mise en place, par les médecins de la CRR, d'exercices de physiothérapie – à l'issue desquels les douleurs à l'épaule et au genou droits du recourant se sont manifestées – faisait partie du traitement médical des lésions résultant de l'accident du 2 juillet 2018. Il reste par conséquent à déterminer, au regard des rapports médicaux versés au dossier, comment s'expliquent les douleurs à l'épaule et au genou dont se plaint le recourant et s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les atteintes existant à ces niveaux et les exercices de physiothérapie précités. On rappellera et précisera qu'une causalité partielle suffit (ci-dessus : consid. 5.3 et Irene HOFER, op. cit., n. 112 ad art. 6 LAA), qu'il n'est pas nécessaire que les lésions résultant du traitement médical, pour autant qu'elles soient avérées, soient elles-mêmes d'origine accidentelle ou le fruit d'une erreur médicale (ci-dessus : consid. 5.4). En effet, l'art. 6 al. 3 LAA assure même les complications médicales les plus rares et les plus graves en tant que conséquences médiates d'un accident (ATF 128 V 169 consid. 1c).

12. **12.1** Faisant siennes les appréciations des 29 novembre 2019 et 27 mars 2020 du Dr D_____, l'intimée considère qu'il n'existe pas de lien de causalité entre les troubles à l'épaule et au genou droits et l'événement du 2 juillet 2018 et qu'au regard du descriptif de l'événement survenu à la CRR et de ses suites, le recourant n'a pas été victime d'un accident dans cet établissement.

Comme on peut le constater, ces considérations ne sont pas pertinentes pour une éventuelle prise en charge des troubles à l'épaule droite et/ou au genou droit sous l'angle de l'art. 6 al. 3 LAA, disposition qui est ici déterminante (cf. ci-dessus : consid. 11.3). La chambre de céans s'emploiera néanmoins à examiner si les rapports médicaux versés au dossier fournissent des informations lui permettant de se prononcer sur un lien de causalité entre les troubles à l'épaule et au genou droits et le traitement médical mis en place à la CRR et, dans l'affirmative, s'ils remplissent les réquisits permettant de leur reconnaître valeur probante.

12.1.1 Dans leur rapport du 9 septembre 2019, les Drs E_____ et F_____, respectivement chef de clinique et médecin-assistant à la CRR, indiquent avoir posé le diagnostic de douleurs de l'épaule et du genou droit après des exercices de physiothérapie au cours du séjour. Le recourant avait présenté des douleurs à ces deux niveaux après des exercices de physiothérapie, sans choc ou exercice spécifique identifié. Ces douleurs semblaient en lien avec une surcharge. En effet, il n'y avait pas eu de traumatisme et quelques jours après le début des douleurs, le recourant présentait des amplitudes passives et actives complètes, avec une force conservée mais des douleurs globales au « testing » de la coiffe. Le jour du départ, les mobilités actives étaient diminuées et les mobilités passives n'étaient pas évaluables en raison des douleurs. En ce qui concernait les douleurs dans le genou, elles se présentaient au niveau de l'insertion des ischio-jambiers, avec également un status rassurant. Comme le recourant était resté très fixé sur ses douleurs d'épaule et de genou durant la fin de son séjour, les Drs E_____ et F_____ lui avaient expliqué qu'ils n'avaient pas d'indication à investiguer davantage dans un premier temps mais qu'en cas de persistance des douleurs durant les prochaines semaines, ils proposeraient d'effectuer des radiographies et une échographie de l'épaule droite.

12.1.2 Dans son appréciation du 29 novembre 2019, le Dr D_____ a indiqué qu'en ce qui concernait les problèmes d'épaule, il n'avait « existé aucune atteinte vulnérante pouvant exposer à des atteintes », tout en précisant que la causalité entre une « éventuelle atteinte au niveau de l'épaule » et ce qui était décrit lors du séjour à la CRR était à peine possible. En ce qui concernait le genou droit, il était nécessaire « de réexaminer la causalité en fonction des images et du rapport qui [serait] fait ».

12.1.3 Le 17 février 2020, l'intimée a reçu notamment les documents suivants de la part du recourant :

- Dans un rapport du 16 janvier 2020, la doctoresse G_____, rhumatologue à Annecy (France), a fait état de douleurs et d'une impotence fonctionnelle de l'épaule droite en août 2019 post-traumatique, résultant d'un faux mouvement avec un bruit de claquement lors de la rééducation. D'un point de vue clinique, la mobilisation était douloureuse, les manœuvres de la coiffe sensibles avec une résistance clairement diminuée ;

- Dans un second rapport non daté, reçu par l'intimée le 17 février 2020, mentionnant en substance les mêmes éléments que le rapport du 16 janvier 2020 précité, la Dresse G_____ a conclu à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs droite et indiqué qu'elle poursuivait ses investigations via la prescription d'un arthroscanner de l'épaule droite avec une infiltration (dans le même temps thérapeutique) ;

- Le 7 février 2020, la doctoresse H_____, diplômée de radiodiagnostic et d'imagerie médicale, a pratiqué un arthroscanner de l'épaule droite et conclu au respect de la face articulaire des tendons de la coiffe des rotateurs, à l'absence d'anomalie notable ostéoarticulaire notamment labrale, et à une gaine plate dysplasique ;

- un compte-rendu de consultation externe (document incomplet, deuxième page manquante), réalisé le 29 janvier 2020 au Centre Hospitalier Annecy Genevois (ci-après : CHAG), indiquant que le recourant était gêné, depuis le mois d'août 2019, au niveau de son genou droit avec des douleurs qui avaient débuté à la suite d'un renforcement musculaire en centre de rééducation. Il décrivait, depuis lors, des lâchages, des dérobements, une douleur au relevé de la position accroupie avec deux notions de chute et une impression d'instabilité. L'IRM réalisée récemment ne retrouvait pas d'anomalie sur les ligaments du pivot central ou sur les ménisques. En revanche, on retrouvait un aspect du cartilage de la trochlée légèrement irrégulier avec notamment un « coup d'ongle » sur le cartilage trochléen.

12.1.4 Par avis du 18 février 2020, le Dr D_____ a estimé, à l'examen des documents produits le 17 février 2020 par l'assuré, que ceux-ci ne modifiaient pas les conclusions de son rapport du 29 novembre 2019 pour ce qui avait trait à l'épaule droite. En ce qui concernait le genou droit, il s'agissait « d'une atteinte dégénérative. Le séjour CRR et la rééducation ont temporairement obligé l'assuré à une utilisation qui a révélé et ou accentué une pathologie maladive dégénérative ».

12.1.5 À la demande de l'assureur, le Dr D_____ a effectué, le 27 mars 2020, une nouvelle appréciation médicale à la lumière des mêmes rapports produits par l'assuré le 17 février 2020. Il en ressortait que l'assuré ne présentait aucune atteinte significative au niveau de son genou droit, qu'aucun événement pendant la période de rééducation n'était survenu « pouvant causer quelque lésion que ce soit en causalité naturelle prépondérante ». En conséquence, la pathologie qu'il

présentait au genou « n'entrait pas, au niveau probable, dans aucun cadre de prise en charge par rapport à l'événement initial tel que déclaré ». En ce qui concernait l'épaule droite, il n'y avait pas « quelque lésion que ce soit en rapport avec l'événement initial déclaré et de plus, dès cet évènement initial, des antécédents au niveau de l'épaule avaient été notés et déclarés ».

12.1.6 Par certificat du 14 avril 2020, la doctoresse I_____, généraliste à Saint-Félix (Haute-Savoie, France), a rappelé notamment que le recourant avait présenté de violentes douleurs de l'épaule et du genou droit suite à des exercices de physiothérapie. L'épaule droite était toujours douloureuse et le genou droit également, avec des sensations de lâchage. Il manquait encore des éléments pour pouvoir statuer sur son état de santé et l'évolution possible, étant précisé que les examens prévus avaient été mis en attente en raison de la pandémie actuelle.

12.1.7 Dans un rapport de consultation établi le 30 juillet 2020 par le service de chirurgie orthopédie-traumatologie du CHAG (nom et signature de l'auteur du rapport non reproduits), il était mentionné que les dérobements du genou droit restaient présents mais qu'il s'agissait surtout de lâchages liés à l'inflammation du tendon rotulien. Le scanner avec mesure des paramètres rotuliens retrouvait une insertion externe du tendon rotulien avec une « TAGT » augmentée qui pouvait être responsable d'une partie des dérobements mais la majeure partie de ceux-ci était liée à l'inflammation du tendon rotulien, particulièrement importante.

12.2 Postérieurement au dépôt de son recours, le recourant a encore produit, le 29 janvier 2021, sur clé USB, d'autres documents, soit notamment :

- un rapport du 5 juin 2020 du docteur J_____, du service de radiologie générale du Centre hospitalier de la région annecienne, concluant à une bursite sous-acromiale au niveau de l'épaule droite ;
- un certificat du 16 décembre 2020 de la Dresse I_____, attestant que le recourant présentait une inflammation du tendon rotulien droit, associée à des lésions dégénératives du compartiment fémoro-patellaire à l'arthroscanner. L'infiltration avait été partiellement efficace. Il devait continuer la kinésithérapie afin de travailler la trophicité musculaire du quadriceps. Une deuxième infiltration serait envisagée en l'absence de guérison complète. Il présentait également une bursite sous-acromiale de l'épaule droite en cours de traitement physiothérapeutique ;
- des extraits d'un questionnaire de la SUVA, relatifs à un sinistre survenu le 24 juin 2020 au garage K_____ SA, dans lesquels le recourant indiquait avoir senti un claquage au niveau du pouce « ainsi que le 4ème et 5ème doigts » en effectuant de la mécanique sur poids lourds, plus précisément en serrant des écrous ;
- un rapport médical initial LAA, relatif à l'événement du 24 juin 2020, établi le 16 juillet 2020 par la Dresse I_____ à l'attention de la SUVA, posant le diagnostic de « entorse doigt », constatant des douleurs au 4ème et 5ème doigts de

la main droite, irradiant au niveau ulnaire ainsi qu'une incapacité de travail complète à partir du 24 juin 2020. Il était précisé, par ailleurs, que la section des tendons du pouce droit en juillet 2018 pouvait influencer négativement le processus de guérison et qu'une échographie était prévue le 21 juillet 2020.

13. À la lumière des rapports médicaux mentionnés plus haut (ci-dessus : consid. 12.1 à 12.2), la chambre de céans constate que la question de la causalité entre les troubles à l'épaule et au genou droit et le traitement médical mis en œuvre à la CRR est abordée principalement par le Dr D_____ et la Dresse G_____. S'agissant des autres rapports relatifs à ces mêmes troubles, la simple mention d'une douleur consécutive aux exercices de physiothérapie ne dépasse pas le stade du raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » (ci-dessus : consid. 5.1).

En tant qu'il retient, le 29 novembre 2019, que la causalité entre une « éventuelle atteinte au niveau de l'épaule » et le séjour à la CRR est à peine possible, l'appréciation du Dr D_____ ne convainc pas. En effet, on constate tout d'abord que l'examen du 27 novembre 2019, auquel ce médecin a procédé, n'incluait pas l'épaule droite, de sorte que le fait de retenir une causalité « à peine possible » se fonde uniquement sur « ce qui est décrit lors du séjour à la CRR » (cf. rapport du 29 novembre 2019, p. 5). Or, étant donné que les médecins de la CRR s'abstiennent de décrire les types d'exercices de physiothérapie effectués et qu'au surplus, ils n'ont précisément pas pratiqué les radiographies et échographie de l'épaule droite qu'ils proposaient d'effectuer en cas de persistance des douleurs « durant les prochaines semaines », les explications données le 29 novembre 2019 par le Dr D_____ sur la causalité reposent sur une atteinte qu'il ne connaissait pas à ce stade, ce qu'exprime, du reste, l'emploi du terme « éventuelle atteinte » par ce médecin.

En second lieu, la chambre de céans constate qu'après examen des rapports reçus le 17 février 2020 par l'intimée, la question de la causalité entre les troubles de l'épaule droite et le traitement à la CRR n'est plus abordée par le Dr D_____ dans son appréciation du 29 mars 2020 ; cette dernière mentionne simplement l'absence de lésion en rapport avec l'événement initial déclaré et s'abstient de se déterminer sur le caractère post-traumatique (en août 2019) de l'impotence fonctionnelle de l'épaule droite évoqué par la Dresse G_____ le 16 janvier 2020.

En troisième lieu, ni l'intimée ni le Dr D_____ ne tiennent compte de la bursite sous-acromiale de l'épaule droite qui a été diagnostiquée le 5 juin 2020 par le Dr J_____ et dont l'existence a été rappelée par la Dresse I_____ le 16 décembre 2020. En conséquence, l'éventuelle causalité entre ladite bursite et le traitement suivi à la CRR n'a fait l'objet d'aucune mesure d'instruction.

S'agissant du genou droit, la chambre de céans constate que le Dr D_____ se contredit : après avoir admis, le 18 février 2020 que la rééducation effectuée à la CRR avait révélé ou accentué une pathologie maladive dégénérative – ce qui revient en définitive à admettre une causalité partielle (ci-dessus : consid. 11.3) –,

ce médecin revient sur cette appréciation le 29 mars 2020 en invoquant l'absence d'événement pendant la période de rééducation « pouvant causer quelque lésion que ce soit en causalité naturelle prépondérante ». Cette seconde appréciation ne motive pas le revirement opéré de manière convaincante, d'autant qu'elle ne tient pas compte des problèmes d'insertion externe du tendon rotulien et de l'inflammation de ce dernier, qui ont été objectivés peu après à Annecy (ci-dessus : consid. 12.1.7). Par conséquent, la question d'une éventuelle causalité entre ces troubles du tendon rotulien et le traitement suivi à la CRR n'a pas été investiguée par l'intimée.

14. Au regard des appréciations insuffisamment étayées et en partie contradictoires du Dr D_____, lesquelles sont contredites à leur tour, mais de façon trop sommaire par la Dresse G_____ en ce qui concerne l'origine de la lésion de l'épaule droite (cf. rapport du 16 janvier 2020), la chambre de céans ne saurait conclure, en l'état très lacunaire de l'instruction du dossier, qu'un lien de causalité entre les troubles de l'épaule et du genou droits et le traitement suivi à la CRR ne serait pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Pour ce qui est du pouce droit, c'est également sans instruction suffisante que l'intimée a clos le cas avec effet au 30 avril 2020 et s'est prononcée sur le degré d'invalidité et l'IPAI, ne serait-ce qu'au vu des précisions données par le recourant, respectivement la Dresse I_____ au sujet d'une nouvelle atteinte de la main droite, consécutive à un sinistre du 24 juin 2020 qui est antérieur à la décision attaquée et également assuré par l'intimée, et dont les suites n'ont pas été intégrées à l'appréciation médicale précédant la clôture du cas du 2 juillet 2018 et la fixation du degré d'invalidité et de l'IPAI.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le fond du litige. Vu l'absence d'instruction effectuée à ce jour notamment sous l'angle de l'art. 6 al. 3 LAA, en particulier sur le type d'exercices de physiothérapie effectués à la CRR (usage d'un appareil de musculation et d'un élastique de force aux dires du recourant ; cf. réplique, p. 1) et sur la question du lien de causalité – éventuellement partielle – entre les troubles de l'épaule et du genou droits et lesdits exercices (qui restent à identifier puis à analyser sous l'angle de leur caractère éventuellement délétère au regard des lésions présentées), il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle procède à des investigations complémentaires – lesquelles incluront également les répercussions de l'événement du 24 juin 2020 et les blocages du pouce allégués (cf. réplique p. 1) –, en vue d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour le droit aux prestations et, le cas échéant, qu'elle administre les preuves nécessaires, au besoin par une expertise, avant de rendre une nouvelle décision (cf. art. 43 al. 1 LPGA).

15. Partant, le recours sera partiellement admis. La décision litigieuse sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

16. Le recourant n'étant pas représenté, il n'y a pas lieu de lui octroyer des dépens (art. 61 let. g a contrario).

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

*****

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 18 novembre 2020.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
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
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

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