

# **GE\_GERICHTE ATAS/919/2024 vom 25. November 2024**

GE Cour de justice, 2024-11-25, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_919\\_2024](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_919_2024)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/919/2024 du 25 novembre 2024

IT: GE\_GERICHTE ATAS/919/2024 del 25 novembre 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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

### **E. 1.2**

Interjeté dans la forme et le délais prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

### **E. 2**

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre fin à ses prestations au 18 septembre 2023, concernant les atteintes à la colonne cervicale du recourant.

### **E. 3**

A/576/2024 - 8/19 -

#### **E. 3.1**

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur ; il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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 la SUVA 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.

A/576/2024 - 9/19 -

### **E. 3.2**

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de la SUVA-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2). Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral

8C\_256/2023 du 25 janvier 2024 consid. 3 et les références). Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, la SUVA-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.1). La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, est remplacée par la présomption

A/576/2024 - 10/19 - jurisprudentielle – qui se fonde sur la littérature médicale – selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C\_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 ; U 60/02 du 18 septembre 2002). Le lien de causalité naturelle entre un accident et une hernie a notamment été nié dans les cas suivants : lorsqu'un assuré est tombé de sa hauteur, une telle chute ne représentant pas un événement à haute énergie, quand bien même le marteau- piqueur qu'il tenait dans ses mains est tombé sur sa poitrine (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_256/2023 du 25 janvier 2024 consid. 5.2).

#### **E. 4.1**

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).

#### **E. 4.2**

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

plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

A/576/2024 - 11/19 - 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. 4.3**

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 minimale sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de la SUVA, 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).

#### **E. 4.4**

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. 4.5**

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

A/576/2024 - 12/19 - la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a 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**

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 ; 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**

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'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (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

A/576/2024 - 13/19 - considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste

plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). Á 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 (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. 7**

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

#### **E. 8.1**

En l'espèce, le recourant soutient que son atteinte à la colonne cervicale et les douleurs de cette région sont toujours en lien de causalité naturelle avec l'accident du 17 juin 2022, notamment en raison de l'importance particulière de ce dernier, du fait qu'il est de nature à entraîner une lésion et de l'apparition de cervicalgies consécutivement à sa chute. Le recourant conteste également la valeur probante de l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée au motif qu'elle ne serait pas assez minutieuse et qu'elle n'expliquerait pas pour quelle raison le statu quo sine aurait été atteint en date du 13 mars 2023.

#### **E. 8.2**

L'intimée estime pour sa part que les troubles allégués par le recourant concernant sa colonne cervicale ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'accident. Elle se fonde sur l'appréciation médicale de son médecin-conseil pour en conclure que c'est à raison qu'elle a mis un terme au versement des prestations d'assurance en lien avec l'atteinte au rachis au 18 septembre 2023.

#### **E. 8.3**

Il convient tout d'abord d'examiner si, comme le soutient le recourant dans son complément de réplique du 15 août 2024, l'accident du 17 juin 2022 est la cause

A/576/2024 - 14/19 - principale de sa hernie discale ou s'il a aggravé un état dégénératif préexistant de la colonne cervicale. Le recourant indique à cet égard, dans son complément de réplique du 15 août 2024, que l'accident dont il a été victime revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion et que les douleurs aux cervicales sont apparues consécutivement à cet événement. En l'occurrence, les rapports médicaux figurant au dossier de l'intimée révèlent que la hernie discale du recourant n'a pas été causée par son accident du 17 juin 2022. En effet, le critère de l'importance particulière de l'accident n'est pas rempli, dès lors que le recourant a chuté sous sa douche de sa hauteur, ce qui ne constitue pas, d'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, un événement à haute énergie susceptible de constituer un accident d'une importance particulière (arrêt du Tribunal

fédéral du 25 janvier 2024 consid. 5.2). En outre, il ressort du rapport d'IRM du 29 avril 2022 que le recourant présentait déjà des discopathies C5-C6 et C6-C7 avant son accident du 15 juin 2022. Par ailleurs, les rapports médicaux des Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ figurant au dossier ne font pas mention d'une fracture ou d'une lésion structurelle d'origine accidentelle. Dans son rapport du 18 octobre 2022, le Dr D\_\_\_\_\_ indique que l'IRM de la colonne cervicale de l'assuré du 15 juillet 2022 fait état de « changements dégénératifs avec des protrusions postérolatérales surtout en C5-C6 droite et C6-C7 gauche ». Il retient le diagnostic principal de « trouble dégénératif multi-étagé de la colonne cervicale avec protrusion C5-C6 droite, C6-C7 gauche », sans évoquer l'existence d'une lésion structurelle d'origine accidentelle. Dans ses différents rapports médicaux, le Dr E\_\_\_\_\_ ne fait pas non plus mention de l'existence d'une telle lésion et reprend le diagnostic posé par le Dr D\_\_\_\_\_. Selon lui, l'IRM du rachis dorsolombosacré réalisée le 24 février 2023 ne révèle pas de fracture, ni de tassement à l'étage dorso-lombaire, et est tout à fait rassurante. Par ailleurs, s'agissant de la nouvelle IRM de la colonne cervicale du 19 janvier 2023, le Dr E\_\_\_\_\_ mentionne simplement que celle-ci montre une hernie discale C5-C6. Enfin, dans son rapport du 18 juin 2023, le Dr E\_\_\_\_\_ précise que les radiographies et les IRM cervicale et lombaire ne mettent pas en évidence de cause claire à l'origine des douleurs cervicales du recourant. Les autres rapports médicaux figurant au dossier ne viennent pas contredire ces appréciations. La situation du recourant s'apparente donc à celle d'une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale, comme l'a mentionné le Dr H\_\_\_\_\_ dans son appréciation du 21 mai 2024.

A/576/2024 - 15/19 - Il sera rappelé que dans ce contexte, en l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, la jurisprudence considère que selon l'expérience médicale, le statu quo sine est atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C\_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références).

#### **E. 8.4**

Dans son complément de recours du 15 avril 2024, le recourant relève qu'il n'est pas en mesure de déterminer si les connaissances et la pratique médicales du Dr H\_\_\_\_\_ lui permettent d'apprécier de façon complète, précise et exhaustive son état de santé. À cet égard, il convient de rappeler, d'une part, que le médecin-conseil de l'intimée est spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et, d'autre part, que 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 d 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références). Le Dr H\_\_\_\_\_ paraît donc disposer des compétences requises afin d'apprécier l'état de santé du recourant.

#### **E. 8.5**

Le recourant reproche également à l'intimée de s'être fondée sur l'appréciation de son médecin-conseil, qu'il juge très brève et peu détaillée au vu de la complexité de son état global et des circonstances de l'accident. Il convient donc de déterminer si les appréciations

au dossier du recourant effectuées par le Dr H\_\_\_\_\_ peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Dans son appréciation médicale du 13 septembre 2023, le Dr H\_\_\_\_\_ indique que l'état de santé du recourant était déjà altéré avant l'accident, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, s'agissant de son atteinte à la colonne cervicale et se réfère à cet égard au diagnostic de trouble dégénératif multi-étagé de la colonne cervicale avec protrusion C5-C6 droite, C6-C7 gauche, posé par les Drs E\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, tous deux spécialistes FMH en neurochirurgie. Le médecin-conseil de l'intimée évoque également la présence d'un trouble dégénératif au niveau lombaire et fixe la date du statu quo sine au 13 mars 2023. Au cours de la procédure s'étant déroulée par-devant la chambre de céans, l'intimée a une nouvelle fois soumis le dossier du recourant au Dr H\_\_\_\_\_. Dans son appréciation du 21 mai 2024, le médecin-conseil de l'intimée reprend in extenso les passages pertinents des rapports médicaux de la CRR et des médecins consultés par le recourant en 2023 et estime que l'accident du 17 juin 2022 n'a pas causé, ni aggravé de manière déterminante, les troubles relatifs à la colonne

A/576/2024 - 16/19 - cervicale du recourant. D'après le Dr H\_\_\_\_\_, ces affections étaient déjà connues avant l'accident et sont de nature dégénérative, l'accident ayant temporairement aggravé l'atteinte cervicale préexistante, pendant six mois au maximum, soit jusqu'au 17 décembre 2022. S'il est vrai que l'appréciation médicale du Dr H\_\_\_\_\_ du 13 septembre 2023 est des plus concises, il n'en demeure pas moins que celui-ci a réexaminé le dossier du recourant au cours de la présente procédure et que son avis du 21 mai 2024 repose sur des rapports médicaux précis établis par des médecins ayant examiné le recourant et pris en considération les résultats des différents examens médicaux passés par ce dernier. Il convient de souligner que le diagnostic de trouble dégénératif multi-étagé de la colonne cervicale avec protrusion C5-C6 droite, C6-C7 gauche, n'est pas remis en cause par le recourant, ni par aucun rapport médical figurant au dossier, et est conforme au diagnostic posé par les Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_. En outre, il appert que l'avis du Dr H\_\_\_\_\_, qui mentionne que le trouble dégénératif multi-étagé de la colonne cervicale avec protrusion C5-C6 droite, C6-C7 gauche est antérieur à l'accident, n'est guère critiquable. En effet, à l'appui de son opposition, le recourant a produit un rapport médical du 29 avril 2022, relatif à une IRM de la colonne cervicale réalisée le même jour, lequel fait état, d'une part, de l'existence d'une discopathie C5-C6 et C6-C7 avec débord discaux et, d'autre part, de la présence de ganglions cervicaux. Dans la mesure où l'IRM précitée a été effectuée le 29 avril 2022, soit près de deux mois avant l'accident du 17 juin 2022, c'est à raison que le Dr H\_\_\_\_\_ a considéré que le trouble dégénératif multi-étagé de la colonne cervicale avec protrusion C5-C6 droite, C6-C7 gauche était préexistant. Le recourant soutient également que le Dr H\_\_\_\_\_ n'a pas expliqué pour quelle raison il retient le statu quo sine en date du 13 mars 2023. L'appréciation médicale du 18 septembre 2023 du Dr H\_\_\_\_\_ ne comporte effectivement aucune explication à ce propos. Cependant, il ressort du dossier que le 13 mars 2023 correspond à une consultation du recourant auprès du Dr E\_\_\_\_\_, à l'occasion de laquelle ce dernier a indiqué que l'infiltration réalisée n'avait pas entraîné une amélioration franche des douleurs ressenties par le recourant et que l'IRM du rachis dorsolombosacré ne mettait en évidence aucun signe de fracture ou de tassement, de sorte qu'elle était rassurante. Aucun suivi neurochirurgical n'était ainsi envisagé. Il ressort de ce rapport et des IRM effectuées précédemment par le recourant que l'accident n'a pas entraîné de lésions structurelles au squelette, qu'il s'agisse de la région cervicale ou de la région dorso-lombaire. Il est ainsi parfaitement admissible que le Dr H\_\_\_\_\_ se soit référé à cette consultation pour en déduire que le statu quo sine était atteint neuf mois après l'accident, ce

qui est conforme à

A/576/2024 - 17/19 - la présomption jurisprudentielle selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C\_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références ; cf. infra consid. 8.6). Compte tenu de ce qui précède, les appréciations médicales du Dr H\_\_\_\_\_ doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante, étant rappelé que, selon une jurisprudence bien établie et rappelée supra sous consid. 4.4, lorsqu'il s'agit de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que les rapports médicaux contiennent suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues, les appréciations médicales effectuées uniquement sur la base d'un dossier peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1).

#### **E. 8.6**

En ce qui concerne les rapports médicaux dont le recourant prétend, dans le cadre de son complément de réplique, qu'ils entrent en contradiction avec l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée, il convient d'examiner si ceux-ci sont de nature à la remettre en question, de manière objective, ou s'ils mettent en évidence l'existence de contradictions ou de lacunes dans l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée. Le recourant se réfère à la communication de la CRR du 3 mars 2023, laquelle mentionne, concernant son rachis cervical et lombaire, que la situation n'est pas du tout stabilisée sur le plan médical. Selon le recourant, cette appréciation est incompatible avec la conclusion du médecin-conseil de l'intimée, selon laquelle l'aggravation de son état de santé n'a été que temporairement causée par l'accident du 17 juin 2022. À cet égard, il sied de préciser que la communication de la CRR est antérieure au rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 19 mars 2023 et qu'elle ne tient pas compte de l'IRM de la colonne lombaire réalisée le 24 février 2023 par le recourant, raison pour laquelle il y est mentionné que « des investigations sont encore en cours au sein des HUG, ainsi que des imageries prévues ». En tout état de cause, le recourant perd de vue que dans ses deux appréciations médicales, le Dr H\_\_\_\_\_ n'a pas prétendu que son état de santé était stabilisé. Il s'est uniquement prononcé sur le lien de causalité naturelle entre l'accident du 17 juin 2022 et l'atteinte à la colonne cervicale dont souffre le recourant. Il convient également de relever que la précision du Dr H\_\_\_\_\_, selon laquelle l'accident n'a que temporairement aggravé l'état de santé du recourant, ne signifie pas que son état de santé était stabilisé en date du 13 mars 2023.

A/576/2024 - 18/19 - Dans son complément de réplique, le recourant fait également valoir que le rapport du 13 décembre 2023 de la consultation d'antalgie des HUG mentionne l'existence de « cervicobrachialgies C6 D chroniques » secondaires à un accident et que les douleurs cervicales sont apparues à la suite de l'accident du 17 juin 2022 avec traumatisme cervical, ce qui plaide en faveur de la persistance du lien de causalité naturelle entre cet évènement et les douleurs cervicales du recourant. Ce rapport médical n'est toutefois pas de nature à remettre en cause l'avis du Dr H\_\_\_\_\_. En effet, le fait que des symptômes douloureux, tels que les cervicobrachialgies, se soient manifestés consécutivement à un accident ne suffit pas à établir un lien de causalité naturelle avec celui-ci, encore moins à démontrer que le lien de causalité naturelle perdure dans le temps (raisonnement « post hoc,

ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Par conséquent, ces griefs doivent être écartés. Dans la mesure où les rapports médicaux des médecins consultés par le recourant ne contredisent pas l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_, la chambre de céans renoncera à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3).

#### **E. 9**

Compte tenu de ce qui précède, il ne saurait être reproché à l'intimée d'avoir considéré que le statu quo sine a été atteint en date du 13 mars 2023, soit neuf mois après l'accident, si bien que l'atteinte aux cervicales du recourant et les douleurs dont souffre ce dernier ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'accident du 17 juin 2022. En tout état de cause, il y a encore lieu de rappeler que l'intimée a mis fin au versement des prestations d'assurance le 18 septembre 2023 en lien avec l'atteinte à la colonne cervicale, soit un an et trois mois après l'accident, de sorte que la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

#### **E. 10**

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

A/576/2024 - 19/19 - 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.