

GE_GERICHTE A/1093/2021 vom 16. Februar 2022

GE Cour de justice, 2022-02-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1093_2021

FR: GE_GERICHTE A/1093/2021 du 16 février 2022

IT: GE_GERICHTE A/1093/2021 del 16 febbraio 2022

Erwägungen

E. 4

Il convient ainsi d'examiner, au regard des principes exposés à l'ATF 146 V 51 précité, la question du lien de causalité entre les lésions constatées et l'accident du 26 août 2019, étant précisé qu'en relation avec les art. 10 (droit au traitement médical) et 16 (droit à l'indemnité journalière) LAA, l'art. 6 al. 1 LAA implique, pour l'ouverture du droit aux prestations, l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

E. 4.1

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.

E. 4.2

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; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 4.3

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).

E. 4.3.1

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. 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, l'assurance-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).

E. 4.3.2

La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, est remplacée par la présomption 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; cf. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2; cf. également l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002).

E. 4.4

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre 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 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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).

E. 5.1

Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 – OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

E. 5.2

Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139).

E. 5.3

Lorsque l'assureur et l'assuré sont en désaccord au sujet de la prolongation du droit à la prise en charge de prestations qui peuvent être qualifiées d'importantes, la clôture du cas doit être signifiée au moyen d'une décision formelle (ATF 132 V 412 consid. 4). Si cette communication prend la forme d'un simple courrier, celui-ci acquiert en principe force obligatoire lorsque l'assuré ne soulève pas d'objections dans un délai d'une année (ATF 134 V 145). En revanche, lorsqu'à un moment donné, des prestations ne sont plus à l'ordre du jour, il peut aussi y avoir rechute, même lorsque l'assureur n'a pas averti l'assuré qu'il clôturait le cas et qu'il mettait fin aux prestations. Ce qui est décisif dans ce dernier cas de figure, c'est de savoir si à l'époque, on pouvait partir du principe qu'à l'avenir, la nécessité de soins et/ou d'un arrêt de travail ne se manifesterait plus. Cet examen doit avoir lieu ex ante en prenant en considération les circonstances du cas d'espèce. À cet égard, la nature de la lésion et l'évolution que celle-ci a connue jouent un rôle décisif : en présence d'un accident relativement bénin, suivi d'un processus de guérison favorable et ayant nécessité des prestations d'assurance pendant une période relativement brève, on admettra plus aisément une clôture tacite du cas qu'en présence d'un processus de guérison compliqué. Ainsi, le Tribunal fédéral a admis l'existence d'une rechute dans un cas où à la suite d'un accident, la personne assurée avait bénéficié de prestations d'assurance-accidents pendant une durée d'un mois environ et s'était manifestée à nouveau auprès de l'assureur plus de deux ans plus tard (arrêt du Tribunal fédéral U 263/06 du 23 juillet 2007, consid. 4.1). En revanche, le droit aux prestations doit être examiné à la lumière de l'accident initial, et non d'une rechute, lorsqu'au cours de la période sans prestations d'assurance, l'assuré a continué à souffrir des troubles apparus avec l'accident initial et/ou s'il existe des symptômes de pont [Brückensymptome] qui permettent de considérer les événements comme formant un tout durant la période en question (arrêt 8C_102/2008 précité consid. 4.1 et arrêt du Tribunal fédéral 8C_433/2007 du 26 août 2008 consid. 2.3 et les références).

E. 6.1

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. 6.2

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 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 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).

E. 6.2.1

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).

E. 6.2.2

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 (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).

E. 7.1

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).

E. 7.2

En cas de rechutes ou de séquelles tardives (ci-dessus : consid. 5.1), il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). On précisera que la reconnaissance d'un lien de causalité naturelle entre les troubles et l'événement initial n'implique pas nécessairement qu'il existe un lien de causalité entre cet événement et la rechute car ce lien de causalité est susceptible de cesser avec le temps. La preuve du maintien de celui-ci incombe à l'assuré. En l'absence de preuve, la décision lui sera défavorable (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références ; André NABOLD, in Frésard-Fellay/ Leuzinger/ Pärli [éd.], Basler Kommentar, Unfallversicherungsgesetz, 2019, n. 11 ad art. 7 LAA). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2015 du 21 août 2015 consid. 2.2.2). Lorsqu'un accident constitue la cause d'une atteinte, l'assureur-accidents prend en charge le dommage en résultant, à l'exclusion toutefois des problèmes de santé se manifestent ultérieurement, à moins qu'il existe des « symptômes de pont » manifestes (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_521/2011 du 5 décembre 2011 consid. 2.2.2 et les références).

E. 8.1

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 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).

E. 8.2

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 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). 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. 4a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 9

En l'occurrence, il y a lieu d'examiner si les troubles de la colonne lombaire et du genou droit annoncés à l'intimée le 20 juillet 2020 et – par extension du litige (cf. ci-dessus : consid. 2.6) –, les troubles à l'épaule et à l'avant-bras droits présentent, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle avec l'accident du 2 juin 2017. Pour ce faire, il convient de déterminer au préalable si les problèmes de santé évoqués présentent une continuité avec cet accident ou s'ils constituent, au contraire, un cas de rechute ou de séquelles tardives. La distinction revêt toute son importance puisque dans la seconde hypothèse, l'assureur ne saurait se voir opposer le fait d'avoir admis l'existence d'un lien de causalité entre l'accident initial et ses suites. En effet, dans la mesure où les facteurs causals peuvent prendre fin avec le temps, il appartient à l'assuré de prouver, au degré de la vraisemblance prépondérante, le lien de causalité naturelle entre le cas de rechute/séquelles tardives allégué et l'accident initial (arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 26 septembre 2008 consid. 2.2; cf. ég. ci-dessus consid. 7.2).

E. 9.1

En l'espèce, il résulte des pièces et des déclarations du recourant du 6 octobre 2020 que les douleurs dorsales étaient antérieures d'environ deux ans à l'accident du 2 juin 2017, qu'elles étaient devenues importantes à la suite de cet événement mais que leur évolution avait été bonne pendant la durée de l'arrêt de travail du 2 au 30 juin 2017, avant leur réapparition une semaine après la reprise du travail du 1^{er} juillet 2017 dans le contexte d'une capacité de travail jugée pleine et entière par le Dr D_____. Il ressort également du dossier que l'intimée a informé ce médecin, par courrier du 24 juillet 2017, qu'elle donnait son accord pour la prise en charge du traitement médical selon le tarif LAA (cf. pièce 14 intimée). Pour le reste, les éléments du dossier ne permettent pas de savoir si – et, cas échéant jusqu'à quand – des factures médicales ont encore été adressées à l'intimée pour les suites de l'accident du 2 juin 2017. Toujours est-il que le recourant a précisé, le 6 octobre 2020, qu'après avoir repris le travail le 1^{er} juillet 2017, il avait consulté le Dr E_____ pour l'ensemble de ses problèmes santé, incluant des atteintes sans conteste d'origine malade (hypertension, diabète), et que le coût des consultations et des éventuelles prescriptions de ce médecin avait été pris en charge par son assureur-maladie. Il s'ensuit qu'à ce moment, des prestations effectivement à charge de l'assureur-accidents n'étaient plus d'actualité et qu'en l'absence de nouvelles factures adressées à l'intimée après le courrier du 24 juillet 2017, il y a lieu de considérer a priori que le dossier a été clos tacitement peu après. À l'encontre d'une telle conclusion, le recourant fait certes valoir qu'il a continué à ressentir des douleurs lombaires. Force est toutefois de constater que le Dr D_____ a indiqué, le 20 juillet 2017, que le traitement médical avait pris fin le 19 juillet 2017. On relève en outre que les douleurs lombaires en question ne sont documentées par le Dr E_____ qu'à partir du 20 juillet 2020 et que dans un contexte de douleurs dorsales antérieures à l'accident (cf. les déclarations du recourant du 6 octobre 2020), il apparaît délicat d'affirmer que l'infiltration pratiquée aux HUG (non documentée mais mentionnée par le recourant le 6 octobre 2020) avait pour objet de traiter des « symptômes de pont » (sur cette notion : cf. ci-dessus : consid. 5.3) qui auraient existé jusqu'au courrier du Dr E_____ du 20 juillet 2020, ce d'autant qu'au cours de la période du 3 juin 2017 au 30 juin 2020, aucun examen de la colonne lombaire (radiographie, IRM) n'a eu lieu. On relève par ailleurs qu'après avoir bénéficié des prestations de l'intimée pendant un peu

moins d'un mois après l'accident du 2 juin 2017, le recourant ne s'est plus manifesté auprès d'elle jusqu'au 20 juillet 2020, soit pendant environ trois ans. Bien que ces éléments plaident en défaveur de symptômes de pont, la question de savoir s'il y a effectivement lieu de d'examiner les troubles lombaires sous l'angle d'un cas de rechute/séquelles tardives souffre de rester indéterminée. Il ressort en effet du considérant ci-après (consid. 9.3) que même en envisageant le droit aux prestations dans le prolongement de l'accident du 2 juin 2017, le droit à celles-ci doit être nié en raison de la nature dégénérative des troubles lombaires (cf. l'arrêt 8C_102/2008 précité, consid. 6.5, pour un raisonnement similaire). En revanche, pour ce qui concerne les troubles du genou droit, de l'épaule et de l'avant-bras droits, force est de constater que les premiers ne font l'objet d'aucune mention particulière dans le rapport du 20 juillet 2017 du Dr D_____ et que le recourant indique lui-même, le 6 octobre 2020, qu'à la suite de l'accident, son genou droit était rouge mais qu'il n'était pas enflé, et que la petite douleur qu'il avait ressentie juste après l'accident ne l'avait jamais empêché de travailler. Comme par ailleurs, le courrier du Dr E_____ du 20 juillet 2020 précise que le recourant présentait, à cette date, « une gonalgie importante à droite » seulement depuis quelques mois, ayant nécessité, tout d'abord, un traitement symptomatique (inefficace) puis une IRM le 1^{er} juillet 2020, on ne saurait retenir l'existence de symptômes de pont. Cette conclusion s'impose également pour l'épaule et l'avant-bras droits, étant donné qu'on ne retrouve pas au dossier, relativement à cette atteinte, de rapports antérieurs ou postérieurs à l'échographie du 16 juillet 2018 du Dr H_____ et qu'il ressort des déclarations du 6 octobre 2020 précitées que le recourant affirme lui-même ne pas se souvenir d'un problème au bras droit.

E. 9.2

Au bénéfice des explications qui précèdent, la chambre de céans examinera sous l'angle d'une rechute/de séquelles tardives les troubles du genou droit, de l'épaule et de l'avant-bras droits.

E. 9.2.1

En ce qui concerne le genou droit, le recourant se fonde sur les rapports du Dr F_____ des 21 juillet et 12 novembre 2020, de même que sur le rapport rectifié du Dr G_____ du 20 juillet 2020 pour affirmer qu'un lien de causalité entre ses troubles actuels au genou droit et l'accident du 2 juin 2017 serait établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Pour sa part, l'intimée conteste l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes du recourant et l'atteinte causée à l'époque de l'accident du 2 juin 2017 en s'appuyant sur les appréciations des Drs K_____ et M_____. Il ressort clairement de celles-ci que, sur les trois anomalies observées par le Dr G_____ dans ses rapports des 1^{er} et 20 juillet 2020 (chondropathie de grade 4 du tableau tibial externe, « défaut » cartilagineux du condyle fémoral interne et suspicion de déchirure oblique du ménisque interne), les Drs K_____ et M_____ ne retiennent que la première citée et en admettent le caractère post-traumatique, à l'instar des Drs F_____ et G_____. En revanche, en ce qui concerne le « défaut » cartilagineux du condyle fémoral interne évoqué par le Dr G_____, il n'est retenu par aucun des spécialistes en chirurgie orthopédique et/ou traumatologie s'étant prononcé dans ce dossier. On ne saurait par conséquent considérer que cette conclusion non motivée du Dr G_____ laisse subsister un doute suffisant quant à la présence d'une atteinte du condyle fémoral interne dont l'existence – qui n'est pas évoquée par le Dr F_____ – a été niée par le Dr K_____ et de manière circonstanciée par la Dresse M_____ après l'examen de l'ensemble des pièces du dossier. La même remarque vaut

également pour la suspicion de déchirure oblique du ménisque interne mentionnée par le Dr G_____, que le Dr F_____ requalifie de manière non motivée en déchirure oblique du ménisque interne, et sans indiquer non plus comment ladite déchirure – si tant est qu'elle existe – s'expliquerait par un mécanisme lésionnel traumatique survenu le 2 juin 2017, soit plus de trois ans avant la réalisation de la première (et seule) IRM du genou droit sur laquelle se fonde le Dr F_____. Enfin, ce dernier ne prend pas non plus position au sujet de l'appréciation de la Dresse M_____ relative aux ménisques du recourant : « [ceux-ci] montrent des remaniements dégénératifs certains, donc une relation de causalité avec l'événement du 2 juin 2017 est peu plausible/peu probable ». Il s'ensuit qu'en l'absence, non seulement de doute suffisant quant à l'inexistence d'une atteinte du condyle fémoral interne et d'une déchirure oblique du ménisque interne, mais aussi d'explication médicale motivée sur le lien de causalité entre ces prétendues atteintes et l'événement du 2 juin 2017, la chambre de céans s'en tiendra aux appréciations des Drs K_____ et M_____ qui satisfont aux réquisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître valeur probante. Ne reste donc plus qu'à examiner, s'agissant du genou droit, la chondropathie de grade 4 du plateau tibial externe, également dénommée « lésion ostéochondrale post-traumatique séquellaire du plateau tibial externe » le 20 juillet 2020 par le Dr G_____ après discussion avec le Dr F_____. Dans son courrier du 21 juillet 2020 au Dr E_____, le Dr F_____ indique que la lésion de la partie centrale du plateau tibial externe s'accorde avec les séquelles d'une impaction post-traumatique de l'os sous-chondral et qu'il pense que cette lésion est la conséquence de l'accident de 2017. Dans son courrier du 12 novembre 2020 à l'intimée, le Dr F_____ étaye cette conclusion en tirant argument de la hauteur de chute (5m) qui aurait caractérisé cet événement. Force est toutefois de constater que le recourant a lui-même précisé, le 6 octobre 2020, que la chute s'était effectuée en deux temps, soit qu'il était d'abord tombé d'une hauteur d'1m sur le genou droit puis d'une hauteur de 4m sur le dos dans une fosse de drainage. Par ailleurs, le Dr D_____ fait état, 18 jours après l'accident, d'une hauteur de chute de 2m et ne mentionne aucunement d'éventuels troubles du genou. Dans le même sens, la Dresse M_____ relève dans son appréciation du 12 mai 2021 que si, à l'instar des autres médecins s'étant prononcés à ce sujet, l'examen de l'IRM du genou droit du 1^{er} juillet 2020 lui permet de retenir une atteinte ostéochondrale avec impaction du plateau tibial externe, « ce qui correspond à une fracture », elle n'en précise pas moins que cette atteinte est survenue « à un moment ou à un autre », sans qu'il soit possible de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité entre cette dernière et l'événement du 2 juin 2017. Dans le même ordre d'idées, le rapport rectifié du Dr G_____ du 20 juillet 2020 mentionne un « antécédent de traumatisme il y a environ cinq ans », ce qui ferait remonter celui-ci à 2015. La Dresse M_____ relève par ailleurs que lors de la consultation initiale à l'Hôpital de Nyon du 2 juin 2017, il n'est à aucun moment fait mention d'une impotence fonctionnelle du genou droit et qu'aucun autre symptôme propre à ce type d'atteinte (épanchement intra-articulaire, difficulté à charger la jambe en raison d'importantes douleurs, tuméfaction importante du genou droit) n'est décrit. Elle ajoute qu'il est « certain » qu'une radiographie du genou droit aurait été prescrite initialement si dans les suites immédiates de l'accident du 2 juin 2017, le recourant s'était plaint de son genou droit et avait présenté tous les symptômes précités. Enfin, la Dresse M_____ estime que la reprise d'une activité professionnelle contraignante pour ce genou n'aurait guère été possible le 1^{er} juillet 2017 si le recourant avait effectivement présenté, le 2 juin 2017, les symptômes rattachés à une atteinte ostéochondrale avec impaction du plateau tibial. Aussi conclut-elle de manière convaincante qu'une relation de

causalité entre cette atteinte et l'événement du 2 juin 2017 est possible, sans plus. Par opposition, ni le fait que le recourant n'avait « pas d'autres accidents à signaler » lors de son audition du 6 octobre 2020, ni l'argument tiré par le Dr F_____ du caractère post-traumatique – au demeurant non contesté – de l'atteinte précitée et de sa compatibilité avec la chute du 2 juin 2017 ne suffisent à jeter un doute suffisant sur les explications claires de la Dresse M_____ auxquelles il convient par conséquent de reconnaître valeur probante. En conséquence, la chambre de céans considérera qu'il n'est pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il existerait un lien de causalité entre la lésion ostéochondrale post-traumatique séquellaire du plateau tibial externe et l'accident du 2 juin 2017.

E. 9.2.2

En ce qui concerne l'épaule et l'avant-bras droits, plus particulièrement l'échographie réalisée le 16 janvier 2018 à ce niveau par le Dr H_____, la chambre de céans constate que même s'il y a lieu de considérer que cet examen – qui ne figure au dossier de l'intimée que parce que celle-ci en a fait la demande le 22 juillet 2020 à ce médecin (cf. pièce 36 intimée) – a été effectué après la clôture du cas (cf. ci-dessus : consid. 9.1), il n'en reste pas moins que le recourant ne se plaignait de douleurs ni à l'épaule ni à l'avant-bras droits lorsqu'il s'est adressé une nouvelle fois à l'intimée (via le Dr E_____) le 20 juillet 2020 pour demander la réouverture de son dossier de 2017, l'intéressé allant jusqu'à affirmer, le 6 octobre 2020, qu'il ne se souvenait pas d'un problème au bras droit, ce qui revient à relativiser la portée ou à tout le moins l'actualité (en juillet 2020) des éventuelles répercussions fonctionnelles rattachées à la « réaction capsulaire caractérisée par un épaissement et une rétraction de l'épaule et du coude » évoquée par le Dr H_____. À cet égard, la Dresse M_____ note que les observations faites par ce radiologue ont été faites plus de six mois après l'accident du 2 juin 2017 et que lors de la « consultation [] à l'Hôpital de Nyon » [recte : la consultation du Dr D_____ ; pièce 12 intimée], il était mentionné « hématome de 15 x 3 cm au bras et au coude », sans qu'il soit fait état de la moindre particularité quant à la fonction. Elle ajoute que, si le recourant avait présenté à un moment ou à un autre un problème d'épaule droite décrit par le Dr H_____ comme une capsulite rétractile, il ne pourrait l'avoir oublié. Et la Dresse M_____ d'ajouter qu'une capsulite rétractile ne passe pas inaperçue et qu'elle s'avère très limitante dans les activités quotidiennes. Sur la base de ces éléments, la Dresse M_____ conclut que les deux hématomes décrits lors de la consultation initiale ont guéri au plus tard après quatre semaines et qu'ils ne pouvaient donc pas encore être présents en juillet 2020. La chambre de céans considère que ces explications sont convaincantes, d'une part quant à la survenance d'un statu quo sine quatre semaines après l'événement du 2 juin 2017 – soit avant la clôture du cas – et d'autre part quant à l'absence de rechute/séquelles tardives prenant la forme évoquée par le Dr H_____. Comme par ailleurs, ce radiologue dont les conclusions ne sont pas motivées, ne se détermine pas sur la causalité des troubles qu'il retient avec l'événement du 2 juin 2017, son rapport ne jette pas un doute suffisant sur les conclusions de la Dresse M_____, corroborées par l'absence de souvenir du recourant quant à un problème du bras droit. Aussi la chambre de céans considérera-t-elle qu'un lien de causalité entre les (hypothétiques) troubles constatés par le Dr H_____ et l'événement du 2 juin 2017 n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

E. 9.3

En ce qui concerne les troubles lombaires, le recourant fait grief à l'intimée de s'être fondée sur l'appréciation du Dr K_____. En affirmant que le statu quo ante aurait été atteint six mois après l'accident, celui-ci ne motiverait pas son point de vue qui s'apparenterait à une simple affirmation dépourvue d'explication. La chambre de céans ne saurait se rallier à ces critiques. Il convient tout d'abord de relever que les Drs K_____, M_____ et F_____ s'accordent à retenir que les troubles lombaires du recourant sont de nature dégénérative. En second lieu, cette appréciation est motivée par la Dresse M_____, notamment au moyen de radiographies réalisées le jour de l'accident, ayant pour objet la colonne dorsale et lombaire, qui objectivent déjà, selon elle, des remaniements préexistants des corps vertébraux lombaires L2, L3 et L4 avec une ostéophytose débutante. Comparant ces documents d'imagerie à l'IRM de la colonne lombaire du 1^{er} juillet 2020 et à la description qui en est faite par le Dr G_____ qui évoque notamment, en L3-L4 et L5-S1, une « spondylodiscopathie (avec dessiccation discale, irrégularité des plateaux vertébraux et ostéophytes) », la Dresse M_____ précise que la dessiccation discale, l'irrégularité des plateaux vertébraux et les ostéophytes sont des signes en faveur d'une usure et non d'un état après traumatisme. Aussi conclut-elle, à l'instar du Dr K_____, que le recourant présentait au moment de l'accident du 2 juin 2017, des remaniements dégénératifs de sa colonne lombaire qui ont été décompensés de manière passagère pendant une durée de six mois après l'accident. Dans la mesure où ces explications sont conformes à la jurisprudence en matière de hernies discales (ci-dessus : consid. 4.3.1 et 4.3.2), qu'elles sont claires, bien motivées et convaincantes et qu'il n'existe aucun rapport médical qui laisserait subsister un doute suffisant quant à leur fiabilité et pertinence, la chambre de céans considérera, qu'au-delà de la durée de six mois précitée, la persistance d'une éventuelle symptomatologie lombaire en lien avec l'accident du 2 juin 2017 est tout au plus possible mais qu'elle n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

E. 10

Compte tenu des développements qui précèdent, la chambre de céans constate que les appréciations médicales sur lesquelles se fonde l'intimée suffisent à démontrer l'absence de lien de causalité entre l'accident du 2 juin 2017 et les plaintes du recourant en juillet 2020. Il s'ensuit qu'il n'y a pas lieu d'ordonner d'expertise orthopédique et que c'est à bon droit que la décision litigieuse a refusé la reprise des prestations d'assurances.

E. 11

Partant, le recours est rejeté.

E. 12

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 LPGA et 89H al. 1 LPA). ***** 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.