

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/576/2024

ATAS/919/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 novembre 2024

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

représenté par Me Yann ARNOLD, avocat

contre

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

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE,
juges assesseures.**

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1979, a été employé par la société B_____ SA en 2018 et était assuré, à ce titre, contre le risque d'accidents auprès de la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).

b. En date du 4 décembre 2018, l'assuré a fait une chute de six mètres sur son lieu de travail, laquelle a occasionné des lésions aux genoux et au poignet droit. La SUVA a pris en charge le cas et a versé des indemnités journalières à l'assuré depuis lors.

B. a. Selon une déclaration de sinistre non datée reçue le 11 juillet 2022 par la SUVA, l'assuré a, en date du 17 juin 2022, subi une nouvelle chute alors qu'il prenait sa douche et a perdu connaissance pendant une dizaine de secondes. À cette date, l'assuré percevait encore des indemnités journalières de la SUVA.

b. L'assuré a été conduit en ambulance au service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Dans un rapport du 18 juin 2022, il a été constaté qu'il présentait une céphalée occipitale, avec des vertiges décrits comme rotatoires, et qu'il souffrait également de la cheville et du genou gauches, ainsi que du poignet droit. Le scanner cérébral réalisé le jour de l'accident n'a quant à lui révélé aucune trace de saignement intracrânien. L'hypothèse d'un malaise vasovagal a été évoquée à la fin du rapport précité.

c. Par courrier du 15 juillet 2022, la SUVA a informé l'assuré que d'après les documents en sa possession, sa chute était imputable à une cause étrangère à l'accident, de sorte que les prestations d'assurance lui seraient allouées concernant les suites de sa chute uniquement.

d. Dans un rapport du 18 juillet 2022, le docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne cervicale réalisée le 15 juillet 2022 révélait une lésion focale compatible avec un angiome à composante vasculaire du versant latéral gauche du corps vertébral C7, une extrusion récesso-foraminale droite et une protrusion récesso-foraminale gauche du disque C5-C6 comprimant les racines C6 droite et gauche, ainsi qu'une extrusion récesso-foraminale du disque C6-C7 comprimant les racines C7.

Une IRM dorso-lombaire a été effectuée par l'assuré en date du 22 septembre 2022. D'après le Dr C_____, celle-ci ne montrait pas de lésion ostéoligamentaire, ni discale, post-traumatiques.

e. Dans son rapport du 18 octobre 2022, le docteur D_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a indiqué que l'IRM de la colonne cervicale de l'assuré du 15 juillet 2022 faisait état de « changements dégénératifs avec des protrusions postérolatérales surtout en C5-C6 droite et C6-C7 gauche ». Il a posé le diagnostic

principal de « trouble dégénératif multi-étagé de la colonne cervicale avec protrusion C5-C6 droite, C6-C7 gauche » et a exclu la présence d'une myélopathie.

Sous la rubrique des diagnostics secondaires, le Dr D_____ a évoqué les multiples interventions orthopédiques subies par l'assuré au niveau du poignet droit (arthrodèse luno capitale, plus scaphoïdectomie plus cure de canal carpien avec CRPS), une intervention sur le genou et une entorse bénigne de la cheville gauche.

Le Dr D_____ a précisé qu'au vu des différents examens réalisés en 2020, 2021 et 2022, l'assuré souffrait également de neuropathies chroniques avec un syndrome régional douloureux complexe post-traumatique, ainsi que d'une polyneuropathie sensitive axonale s'agissant des membres inférieurs. L'atteinte sensitive et motrice de sa main droite pouvait quant à elle être expliquée par une neuropathie sensitive axonale des nerfs médians ulnaires et radiaux. Le Dr D_____ a indiqué qu'une intervention neurochirurgicale cervicale n'était pas opportune s'agissant de l'assuré, dont les plaintes étaient extrêmement diffuses et pour lesquelles il était difficile de relever une composante radiculaire claire.

f. Le 20 janvier 2023, l'assuré a été examiné par le docteur E_____, spécialiste FMH en neurochirurgie. Ce dernier a retenu le même diagnostic principal que le Dr D_____, en précisant que la nouvelle IRM de la colonne cervicale du 19 janvier 2023 montrait la stabilité de la hernie C5-C6 à droite. Le Dr E_____ a proposé à l'assuré une infiltration péri-radiculaire C6 à droite, ainsi qu'une IRM dorso-lombaire visant à déterminer si des pathologies étaient présentes à ces niveaux-là.

g. L'assuré a séjourné du 24 janvier au 21 février 2023 au sein de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). À teneur du rapport médical des docteurs F_____ et G_____ du 3 mars 2023, l'assuré avait développé des douleurs cervicales et lombaires à la suite de sa chute du 17 juin 2022. La situation de l'assuré n'était pas du tout stabilisée s'agissant du rachis cervical et lombaire. Des investigations étaient en cours aux HUG et des imageries devaient encore être effectuées.

h. Dans son rapport médical du 19 mars 2023, le Dr E_____ a constaté que les douleurs de l'assuré ne s'étaient pas sensiblement améliorées malgré l'infiltration réalisée. L'IRM du rachis dorsolombosacré réalisée le 24 février 2023 ne mettait pas en évidence de fracture, ni de tassement à l'étage dorso-lombaire, mais avait révélé un discret épanchement interfaccettaire lombaire étagé comme possible signe de microinstabilité. Le Dr E_____ a pour le surplus indiqué qu'une intervention chirurgicale sur le disque C5-C6 ne présentait pas d'intérêt et que l'IRM dorsolombosacrée était tout à fait rassurante.

Le 5 juin 2023, l'assuré a une nouvelle fois consulté le Dr E_____ en raison de la persistance de ses douleurs cervicales. Dans son rapport du 18 juin 2023, le

Dr E_____ a indiqué que l'assuré présentait des douleurs cervicales importantes avec une irradiation dans la colonne thoracique et une contracture musculaire de toute la musculature érectrice cervicale jusqu'aux épaules. Il a également précisé que les radiographies et les IRM cervicale et lombaire n'avaient pas mis en évidence de cause claire à l'origine de ces douleurs. Compte tenu du fait qu'une intervention chirurgicale n'était pas indiquée, le Dr E_____ a proposé à l'assuré d'effectuer un suivi auprès de la consultation d'antalgie des HUG.

i. Le 24 août 2023, la SUVA a demandé à son médecin-conseil, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, de répondre à différentes questions relatives aux troubles cervicaux de l'assuré. Le médecin-conseil a expliqué que la région des cervicales était déjà altérée avant l'accident, en faisant référence au diagnostic de trouble dégénératif multi-étagé de la colonne cervicale avec protrusion C5-C6 droite, C6-C7 gauche et en ajoutant qu'il existait également des troubles dégénératifs au niveau lombaire. Le Dr H_____ a enfin estimé que l'accident du 17 juin 2022 n'avait pas causé de lésions structurelles pouvant être objectivées et qu'il avait cessé de produire des effets, d'un point de vue de la causalité naturelle et sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, en date du 13 mars 2023.

j. Par décision du 18 septembre 2023, la SUVA, se fondant sur l'appréciation du Dr H_____, a informé l'assuré que ses troubles aux cervicales n'étaient plus en lien avec l'accident. Depuis le 13 mars 2023, son état de santé était identique à celui qui aurait existé sans l'accident du 17 juin 2022. La SUVA a ainsi indiqué à l'assuré qu'il serait mis fin aux prestations d'assurance (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 18 septembre 2023.

k. Le 2 octobre 2023, HELSANA ASSURANCES SA, assurance-maladie de l'assuré, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée, en sollicitant que l'ensemble des dossiers relatifs à l'accident lui soit transmis.

l. Par courrier du 3 octobre 2023, l'assuré a également formé opposition à l'encontre de la décision du 18 septembre 2023, en concluant, préalablement, à ce que son opposition soit assortie de l'effet suspensif, à ce qu'une copie de son dossier lui soit transmis et à ce qu'un délai lui soit imparti pour compléter son opposition. L'assuré a principalement conclu à l'annulation de la décision du 18 septembre 2023 et à la poursuite du versement des prestations d'assurance.

Dans le cadre de son opposition, l'assuré a, à titre liminaire, demandé à la SUVA de lui confirmer qu'elle poursuivrait le versement des prestations d'assurance s'agissant de ses autres atteintes à la santé. Concernant son atteinte aux cervicales, l'assuré a contesté que son état de santé aurait été similaire sans l'accident du 17 juin 2022 et a informé la SUVA que des infiltrations aux cervicales étaient prévues en date des 9 novembre et 15 décembre 2023. Son état de santé avait évolué car il était désormais possible qu'une opération soit effectuée, en fonction du résultat desdites infiltrations. La SUVA avait ainsi retenu à tort que l'état de

santé du recourant aurait été identique sans l'accident dès le 13 mars 2023 en se fondant sur le rapport du Dr E_____ du 19 mars 2023.

À l'appui de son opposition, l'assuré a produit les convocations du centre d'antalgie des HUG relatives aux infiltrations prévues et des rapports médicaux ayant été évoqués ci-avant. L'assuré a également annexé à son opposition le rapport médical du 29 avril 2022 relatif à une IRM de la colonne cervicale réalisée le même jour, lequel mentionnait la présence d'une « discopathie C5-C6 et C6-C7 avec débord discaux, majoritairement en C5-C6, venant à ce niveau en contact avec la racine C6 droite au niveau foraminaux ».

m. Le 11 octobre 2023, l'assurance-maladie de l'assuré a retiré son opposition du 2 octobre 2023.

n. À teneur du rapport médical du Dr E_____ du 10 décembre 2023, la situation de l'assuré n'avait pas beaucoup évolué et « la situation globale [n'orientait] pas vers la problématique cervicale », étant précisé qu'une intervention chirurgicale ne lui paraissait toujours pas indiquée.

o. La SUVA a également reçu un rapport du 13 décembre 2023 de la consultation d'antalgie des HUG, selon lequel l'assuré souffrait de douleurs chroniques consistant notamment en des « cervicobrachialgies C6 D chroniques », « secondaires à un accident ». À teneur de ce rapport, les évaluations radiologiques et chirurgicales mettaient en évidence certaines anomalies, telles qu'une « protrusion disco-ostéophytaire paramédiane droite C5-C6, venant au contact de l'émergence de la racine C6 à droite, effectuant une empreinte sur la moelle épinière et rétrécissant le foramen C5-C6 droit ».

p. Enfin, d'après le rapport du 4 décembre 2023 de la docteure I_____, spécialiste FMH en neurologie, l'examen ENMG des membres inférieurs réalisé par l'assuré révélait les signes d'une « polyneuropathie sensitivomotrice axonamyélinique à prédominance sensitive et axonale aggravée par rapport à l'examen du mois d'octobre 2020 ». D'après la Dre I_____, cette polyneuropathie était très vraisemblablement d'origine diabétique et expliquait en grande partie les douleurs diffuses de l'assuré, notamment s'agissant des membres inférieurs.

q. Par décision du 16 janvier 2024, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que les rapports médicaux qu'il avait produits corroboraient l'appréciation de son médecin-conseil, selon laquelle son accident aurait cessé de déployer ses effets le 13 mars 2023.

C. a. Par acte du 16 février 2024, l'assuré a formé recours contre la décision sur opposition du 16 janvier 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), en concluant, préalablement, à ce qu'un délai lui soit imparti pour compléter son recours avec l'aide d'un avocat et, principalement, à l'annulation de la décision précitée et à la reprise, par l'intimée, du versement des prestations d'assurance rétroactivement au 18 septembre 2023 s'agissant de l'atteinte à la colonne cervicale et du syndrome douloureux y relatif.

Subsidiairement, le recourant a conclu au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction.

Le recourant a fait valoir qu'il souffrait encore de douleurs aux cervicales en raison de l'accident du 17 juin 2022 et qu'il était toujours sous traitement à cause de cette atteinte, ce qui constituait une durée anormalement longue dont l'intimée n'avait pas tenu compte. L'accident revêtait une importance particulière, de nature à entraîner une lésion, et les douleurs aux cervicales s'étaient manifestées consécutivement à sa chute. Le recourant a enfin indiqué que dans l'hypothèse où son accident aurait déclenché son hernie discale, sans la provoquer, l'intimée était tenue de prendre en charge le syndrome douloureux découlant de cette atteinte, ce dont le médecin de l'intimée n'avait pas discuté.

b. Par décision de la vice-présidence du Tribunal civil du 5 avril 2024 (cause AC/148/2024), l'assistance juridique a été octroyée à l'assuré avec effet au 19 janvier 2024. Maître Yann ARNOLD, avocat, a été commis à cette fin.

c. Le 15 avril 2024, le recourant a complété son recours, en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en place d'une expertise médicale visant à déterminer le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à ses cervicales et, principalement, à l'annulation de la décision de l'intimée du 16 janvier 2024 et à sa condamnation à reprendre le versement des prestations d'assurance en lien avec l'atteinte à la colonne cervicale. Subsidiairement, le recourant a maintenu sa conclusion visant au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction.

À l'appui de son complément de recours, le recourant a fait valoir que l'appréciation du médecin d'assurance du 13 septembre 2023 était très brève et peu détaillée, de sorte qu'il convenait que l'intimée l'informe des spécialisations, des formations et de la pratique du Dr H_____. En outre, les circonstances de l'accident et la complexité de son état de santé supposaient que le médecin d'assurance procède à une argumentation minutieuse. Par ailleurs, la durée des traitements et la persistance des douleurs en lien avec la colonne cervicale plaidaient en faveur d'un évènement accidentel, et non en faveur d'un état maladif. Enfin, le médecin d'assurance n'expliquait aucunement pour quelle raison l'accident aurait cessé de déployer ses effets en date du 13 mars 2023.

d. Dans sa réponse du 31 mai 2024, l'intimée a précisé que le recourant continuait de percevoir des prestations d'assurance (indemnités journalières et traitement médical) s'agissant des suites de son accident du 4 décembre 2018. Pour le surplus, elle a conclu au rejet du recours en se fondant sur l'avis de son médecin-conseil. Ce dernier avait dûment pris connaissance des pièces du dossier asséculogique et avait examiné directement les clichés médicaux sur une plateforme dédiée, de sorte que sa connaissance du cas était approfondie et qu'une pleine valeur probante devait être reconnue à ses conclusions. Les différents rapports des médecins des HUG ne soutenaient quant à eux pas la thèse du

recourant, dès lors qu'ils mentionnaient que les atteintes à sa colonne cervicale étaient dues à des « troubles multi-étagés de la colonne cervicale » de nature dégénérative.

L'intimée ayant une nouvelle fois soumis le dossier de l'assuré à son médecin-conseil, elle a annexé à sa réponse l'appréciation médicale du Dr H_____ du 21 mai 2024. Selon ce dernier, les affections relatives à la colonne cervicale de l'assuré étaient déjà connues avant l'accident du 17 juin 2022 et étaient d'origine dégénérative. Cet accident avait temporairement aggravé les troubles préexistants de l'assuré pendant six mois au maximum, soit jusqu'au 17 décembre 2022.

e. Par réplique du 15 août 2024, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions. Son accident revêtait une importance particulière et était de nature à entraîner une lésion compte tenu des circonstances du cas d'espèce, étant précisé que les douleurs aux cervicales étaient apparues juste après cet événement. À l'appui de ses observations, le recourant a souligné que la communication de la CRR du 3 mars 2023 indiquait, concernant son rachis cervical et lombaire, que la situation n'était pas du tout stabilisée sur le plan médical, ce qui entrainait en contradiction avec l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée, selon laquelle l'aggravation de l'état de santé causée par l'accident n'avait pas excédé six mois. Il a également souligné que le rapport des HUG du 13 décembre 2023 mentionnait que les cervicobrachialgies C6 droite chroniques étaient secondaires à un accident et que ses douleurs étaient apparues à la suite de son accident du 17 juin 2022.

EN DROIT

1.

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.

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]).

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.

3.

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.

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

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).

4.

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).

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 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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 minime 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).

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).

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

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).

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).
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

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).

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).

8.

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.

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.

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

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 évènement.

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.

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).

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.

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

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

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).

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.

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).

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.

10. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA *a contrario*).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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