

200.2024.513.LAA

N° réf.:

N° AVS

KUQ/EGC

Tribunal administratif du canton de Berne

Cour des affaires de langue française

Jugement du 16 avril 2025

Droit des assurances sociales

G. Niederer, président

A.-F. Boillat et G. Zürcher, juges

Q. Kurth, greffier

A. _____
recourant

contre

AXA Assurances SA

General-Guisan-Strasse 40, case postale 357, 8401 Winterthur
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 3 juillet 2024



En fait:

A.

A. _____, célibataire, né en 1977, titulaire d'un diplôme d'employé de commerce, travaille à 100% en tant que cadre supérieur au sein d'une commune, dans le domaine de la comptabilité. A ce titre, il est assuré de manière obligatoire contre les accidents auprès d'AXA Assurances SA. Par une déclaration de sinistre datée du 3 juin 2022 (accident mineur et non professionnel), l'assuré, agissant par son employeur, a fait savoir à cette assurance qu'il avait été victime d'une chute à vélo le 20 mai 2022, durant ses vacances, subissant alors une lésion (écorchure) à la hanche droite et à l'épaule droite, de même qu'une atteinte à la colonne cervicale. AXA Assurances SA a pris en charge les suites immédiates de l'accident. Elle s'est par ailleurs procurée des rapports émanant du chiropraticien ayant pris en charge l'intéressé, ainsi que le compte rendu d'une IRM effectuée auprès d'un institut de radiologie. Après avoir requis l'avis de sa médecin-conseil et par le biais d'une décision du 16 janvier 2024, AXA Assurances SA a mis un terme aux prestations avec effet dès le 6 octobre 2022.

B.

L'opposition formulée par l'assuré en date du 6 février 2024 a été rejetée par AXA Assurances SA par décision sur opposition du 3 juillet 2024.

C.

Au moyen d'un écrit du 26 juillet 2024, l'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant en substance à l'annulation de la décision sur opposition et à la prise en charge des suites de l'accident au-delà du 6 octobre 2022. Dans sa réponse du 22 août 2024, AXA Assurances SA a conclu au rejet du recours. Les parties ont confirmé leurs conclusions, le recourant au terme d'une réplique du 2 septembre 2024 et l'intimée par une duplique du 25 septembre 2024.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 3 juillet 2024 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la fin des prestations de l'assurance-accidents à compter du 6 octobre 2022. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et sur le maintien de la prise en charge des conséquences de l'accident, au-delà de cette date. Est en particulier litigieuse l'appréciation médicale sur laquelle l'intimée s'est fondée pour admettre la disparition, dès le 6 octobre 2022, du lien de causalité entre l'accident et les troubles encore invoqués.

1.2

1.2.1 Interjeté auprès de l'autorité compétente, dans les formes minimales et le délai prescrits, par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1], en lien avec l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]; art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]), sous réserve de ce qui suit.

1.2.2 Dans son recours, l'assuré se réfère aux arguments développés dans son opposition et demande au Tribunal de prendre en considération les motifs qui y ont été exposés. Néanmoins, un simple renvoi à des actes de procédure antérieurs constitue une motivation insuffisante du recours (ATF 123 V 335 c. 1a). Dans cette mesure, le recours est irrecevable. Il n'y a donc pas lieu de revenir sur les griefs invoqués par le recourant dans son opposition. Ceux-ci sont quoi qu'il en soit similaires à ceux du recours.

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du Tribunal administratif dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et art. 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le Tribunal administratif examine librement la décision sur opposition contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et art. 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). Est réputé accident 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).

2.2

2.2.1 L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'événement accidentel et le dommage survenu (maladie, invalidité, décès; ATF 148 V 356 c. 3, 147 V 161 c. 3.1, 129 V 177 c. 3.1 et c. 3.2). En présence d'atteintes à la santé objectivement établies sur le plan organique, la causalité naturelle se recoupe en grande partie avec la causalité adéquate et ne joue pratiquement pas de rôle sous l'angle de l'obligation de verser des prestations (ATF 149 V 218 c. 5.2).

2.2.2 Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (condition sine qua non; ATF 147 V 161 c. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 8C_305/2022 du 13 avril 2023 c. 3.1, in SVR 2023 UV n° 39). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il suffit que l'accident en question représente une cause partielle d'une atteinte à la santé

déterminée (ATF 134 V 109 c. 9.5, 123 V 43 c. 2b; TF 8C_354/2007 du 4 août 2008 c. 8.3, in SVR 2009 UV n° 3). 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 tribunal en cas de recours – examine en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à justifier le droit à des prestations (ATF 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 c. 5.1, in SVR 2010 UV n° 30).

2.2.3 Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-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 150 V 188 c. 4.2). De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prêter – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (ATF 150 V 188 c. 4.2, 146 V 51 c. 5.1).

2.3 L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc* et *pro futuro* à son obligation de prêter, qu'il avait initialement reconnue en

versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Il peut liquider le cas en alléguant le fait qu'un événement assuré – selon une appréciation correcte de la situation – n'est jamais survenu. Une telle suspension des prestations peut en principe avoir un effet rétroactif, à condition que l'assureur-accidents n'entende pas réclamer la restitution des prestations. Il en va de même en ce qui concerne l'examen de la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé. Là également, l'assureur-accidents, après avoir pris en charge le traitement médical et versé des indemnités journalières, peut nier la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé et, sur cette base, mettre fin aux prestations avec effet ex nunc. Ce n'est qu'en cas de demande de restitution de prestations que les conditions d'une révocation doivent être observées (voir ATF 150 V 188 c. 7.2 et c. 7.3.5, 130 V 380 c. 2.3.1).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans sa décision sur opposition, l'intimée a nié tout lien de causalité entre l'accident du 20 mai 2022 et les troubles encore allégués par l'assuré, au-delà du 6 octobre 2022. Elle s'est basée à cet égard sur les conclusions de sa médecin-conseil, laquelle avait mis en exergue que l'IRM réalisée quelques mois après l'événement accidentel avait surtout révélé une atteinte de nature dégénérative, alors que les critères issus de la doctrine médicale et relatifs à la reconnaissance du caractère accidentel d'une atteinte intervertébrale n'étaient pas satisfaits. Et pour cause puisque

l'intimée a ajouté que, d'après sa médecin-conseil, l'accident n'avait ni impliqué une haute énergie, ni occasionné des troubles neurologiques. Par ailleurs, l'intimée a indiqué qu'au regard de la jurisprudence, on ne pouvait pas suivre l'argument de l'assuré, selon lequel il fallait nier l'interruption du lien de causalité à la date fixée, du simple fait qu'il ne présentait aucune douleur au dos avant l'accident. Enfin, l'intimée a relaté qu'elle s'était aussi fondée sur le raisonnement de sa médecin-conseil pour arrêter la date à partir de laquelle le lien de causalité devait être considéré comme étant rompu, soit en le faisant coïncider avec l'examen par IRM, environ 4 mois et demi après l'accident. Cela correspondrait du reste aux durées admises par la jurisprudence, pour des atteintes similaires. Dans sa réponse et sa duplique, l'intimée a confirmé ce raisonnement, en défendant une nouvelle fois le caractère probant des rapports émis par sa médecin-conseil.

3.2 Dans son recours du 26 juillet 2024, l'assuré ne conteste pas que l'IRM ait révélé une atteinte dégénérative, mais il insiste sur le fait que le compte rendu relatif à cet examen a également précisé que cette atteinte se distinguait tant sur le côté gauche que sur le côté droit (alors qu'il ne présentait aucune douleur à droite). En outre, le recourant critique la valeur probante des écrits de la médecin-conseil de l'intimée, en déclarant que cette spécialiste ne s'est basée que sur les résultats de l'IRM, qu'elle a ainsi ignoré les rapports du chiropraticien traitant et qu'elle n'a en outre tenu compte que des douleurs à la nuque, omettant de prendre en considération celles à l'omoplate et à l'épaule. Il souligne pourtant que ces douleurs ne peuvent pas être mises en lien avec l'atteinte dégénérative du rachis cervical et qu'elles sont apparues uniquement après l'accident. Il s'en prend encore au fait que la médecin-conseil n'ait pas confirmé les diagnostics posés par le chiropraticien consulté et qu'elle se soit prononcée seulement sur dossier, sans avoir procédé à un examen personnel. Il rappelle qu'il avait pourtant averti l'intimée qu'il se tenait à disposition de celle-ci, de même que pour fournir toutes les informations nécessaires ou complémentaires. Dans sa réplique, le recourant réitère son point de vue et affirme qu'il était dès lors insoutenable de retenir que l'événement du 20 mai 2022 ne constitue pas un accident.

4.

4.1 A titre liminaire, il convient de signaler qu'à l'inverse de ce que le recourant a pu comprendre (voir la réplique du 2 septembre 2024), l'intimée n'a pas contesté que l'événement du 20 mai 2022 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPG (voir c. 2.1; voir aussi c. 2.2.5 s. de la décision sur opposition attaquée). Partant, pour mettre fin à son obligation de prester, qu'elle avait initialement reconnue, il lui incombe d'établir que l'atteinte à la santé est désormais exclusivement imputable à des causes étrangères à l'accident (voir c. 2.2.3).

4.2 Qui plus est, il sied de relever qu'en mettant fin à ses prestations dès le 6 octobre 2022, l'intimée a statué de manière rétroactive. Or, dans la mesure où elle a renoncé à réclamer la restitution des prestations allouées depuis lors, la situation d'espèce s'assimile à un arrêt de prestations ex nunc et pro futuro (TF 8C_52/2023 du 6 juillet 2023 c. 2.2.1, 8C_786/2021 du 11 février 2022 c. 2; JTA LAA/2023/807 du 4 février 2025 c. 4.2). Il n'est dès lors pas nécessaire d'examiner si l'intimée peut se prévaloir d'un motif de révocation (voir c. 2.3 in fine).

5.

Il s'agit d'examiner si c'est à juste titre que l'intimée a exclu la persistance, au-delà du 6 octobre 2022, de tout lien de causalité entre l'accident et les plaintes persistantes. A ce sujet, le dossier permet de constater les faits médicaux qui suivent.

5.1 Dans un rapport du 30 septembre 2022, le chiropraticien ayant pris en charge l'assuré dès le 3 juin 2022 a posé les diagnostics de syndrome douloureux cervical, de syndrome thoraco-vertébral avec symptomatologie de périarthrite huméro-scapulaire et d'impingement à droite, surtout dans la région des muscles infra-épineux et sus-épineux, de même que d'omalgie à droite à la suite d'une contusion/distorsion, le tout après une chute à vélo le 20 mai 2022. Ce praticien a mentionné que, lors de cet accident, l'assuré était tombé sur son épaule droite, le bras et le bassin, souffrant depuis lors de douleurs à cette épaule et au niveau thoraco-cervical. Il a signalé la

présence d'une douleur à la mobilisation de la colonne cervicale, de même qu'à la palpation au niveau C5/6 et Th5-7, ainsi que dans la région de la musculature sub-occipitale, principalement à droite. Il a en outre avancé que les atteintes constatées étaient en lien avec l'accident.

5.2 Le 6 octobre 2022, un institut de radiologie a rapporté les résultats d'une IRM de la colonne cervicale effectuée à la même date. Il a alors été fait état d'ostéochondrose de type Modic 1 en C5/6, avec des signes d'activation ainsi qu'avec une protrusion discale foraminale osseuse et soutenue à droite, en présence d'une sténose foraminale et d'une possible irritation de la racine C6 foraminale droite. Une protrusion discale paramédiane en C6/7 à droite a aussi été notée, sans compression du nerf.

5.3 En date du 24 août 2023, le chiropraticien du recourant a confirmé ses précédents diagnostics (voir c. 5.1) et a indiqué que l'évolution était très positive, puisque la problématique douloureuse était en diminution et que la mobilité s'était améliorée.

5.4 Au moyen d'un écrit non-daté, la médecin-conseil de l'intimée, une spécialiste en médecine interne générale et intensive, s'est alors exprimée sur le cas de l'assuré. Elle a retenu le diagnostic de cervicalgie, au sens du ch. M54.2 de la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé. Elle a en outre expliqué que l'IRM du 6 octobre 2022 n'avait pas mis en relief de lésion structurelle traumatique récente, mais au contraire révélé l'existence d'une atteinte de nature dégénérative. Par conséquent, elle a conclu que l'accident n'avait pu provoquer qu'une aggravation passagère de l'état de santé (sous la forme d'une contusion entre-temps guérie), de sorte que les plaintes persistantes de l'assuré ne pouvaient plus être liées à l'accident, mais plutôt s'expliquer par l'atteinte dégénérative.

5.5 Le 13 décembre 2023, le chiropraticien traitant a fait savoir que la rotation au niveau cervical n'était alors plus douloureuse qu'en fin de mouvement, de même qu'en cas d'importante réclinaison. De même, il a relaté que les douleurs à la palpation de l'articulation ainsi que de la musculature étaient désormais légères. Il a toutefois noté la persistance de douleurs lors des mouvements de l'épaule droite. En résumé, il a écrit que

la symptomatique s'était améliorée, au point que le travail pouvait être accompli sans douleur. Il a préconisé la fin des traitements dans les deux mois à venir.

5.6 La médecin-conseil de l'intimée s'est encore déterminée par le biais d'un rapport du 8 janvier 2024. Elle a confirmé le diagnostic posé dans son premier rapport, en ajoutant une description précise de l'accident. Elle a relevé que l'assuré avait chuté à vélo dans une courbe à 180°, en circulant lentement et à la descente, après avoir glissé, du fait de la présence de gravier, sur une roue exposée à la chaleur et à la poussière. Elle a rappelé que l'assuré avait alors souffert de douleurs intenses pendant deux à trois jours, avant de connaître une amélioration significative de celles-ci, mais néanmoins avec la persistance de douleurs permanentes à la nuque, au niveau de l'omoplate et de l'épaule droite. La médecin a alors exposé que la chute n'avait présenté qu'une faible cinétique et souligné que l'assuré avait pu se relever seul, puis se rendre de manière indépendante jusqu'à une pharmacie. Elle a aussi mis en relief qu'aucune lésion neurologique n'était survenue.

5.7 Avec sa réponse au recours, l'intimée a encore produit un rapport de la médecin-conseil du 20 août 2024. Cette médecin y a complété son analyse par une prise de position circonstanciée au sujet des diagnostics posés par le chiropraticien de l'assuré. Elle a essentiellement signalé que ceux-ci ne constituaient pas de véritables diagnostics, mais plutôt des descriptions localisées des plaintes de l'assuré, ou qu'ils évoquaient des pathologies liées à l'usure, voire à l'inflammation. La médecin-conseil de l'intimée a dès lors confirmé ses conclusions, soit que l'accident n'avait que transitoirement aggravé un état dégénératif préexistant. Elle a ajouté que les plaintes de l'intéressé n'étaient dès lors plus en lien de causalité avec l'accident depuis le 20 août 2022 au plus tard. Selon elle, il n'y avait donc rien à redire dans le fait que la date de l'IRM du 6 octobre 2022 ait été retenue.

6.

Se pose la question de la force probante des appréciations médicales de la médecin-conseil de l'intimée, sur la base desquelles cette dernière a fondé la décision sur opposition contestée.

6.1 La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

6.2 En l'occurrence, d'un point de vue formel, force est tout d'abord de constater, à l'inverse de ce que l'assuré soutient dans son recours (voir p. 2), que les déterminations de la médecin-conseil ont été formulées en toute connaissance des différents rapports médicaux versés au dossier. La médecin-conseil s'est en effet référée au compte rendu d'IRM du 6 octobre 2022, ainsi qu'à l'avis du chiropraticien traitant, du 30 septembre 2022, mais également à l'écrit de celui-ci du 24 août 2023, dans sa première détermination (dossier [dos.] de l'intimée, doc. M4, p. 2 s.). Le document rédigé par la suite par le chiropraticien de l'assuré, le 13 décembre 2023, a quant à lui été intégré aux réflexions de la médecin-conseil, tel que cela apparaît de sa détermination du 8 janvier 2024 (dos. de l'intimée, doc. M6, p. 3). C'est donc à tort que le recourant prétend que cette spécialiste n'a pas tenu compte de l'ensemble des pièces du dossier. Au contraire, il est établi qu'elle disposait d'un dossier médical et radiologique complet. C'est donc également en vain que l'intéressé lui reproche aussi de n'avoir pas procédé à un examen de sa personne. En tant qu'il était uniquement question d'apprécier le lien de causalité entre l'accident et les atteintes rapportées, cette médecin pouvait se contenter de prendre position sur la base du dossier exhaustif en sa possession (voir TF 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 c. 4.3.2, 8C_265/2019 du 3 septembre 2019 c. 6.2). Pour

la même raison, les qualifications de la médecin-conseil, certifiée SIM (Swiss Insurance Medicine) et spécialiste en assurances sociales avec brevet fédéral (dos. de l'intimée, doc. M6, p. 1) ne sauraient être critiquées, celle-ci figurant du reste sur la liste des médecins travaillant dans le cadre de la médecine d'assurance de la Suva (voir la "Liste des médecins de la médecine d'assurances", à l'adresse: www.suva.ch, rubriques: "Accident", "Pour les fournisseurs de prestations", "Médecine d'assurance", "Téléchargements et commandes", voir aussi TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 c. 4.4.2, 8C_59/2020 du 14 avril 2020 c. 5.2). De même, les avis de la médecin-conseil de l'intimée comprennent une anamnèse médicale ciblée, restituent le déroulement précis de l'accident, tiennent compte des plaintes subjectives de l'assuré et apportent des réponses explicites aux questions de causalité soulevées par l'intimée. Enfin, les conclusions de cette médecin sont dûment motivées et elles ne laissent pas apparaître de lacunes lors de la genèse des rapports de cette spécialiste. Partant, sur le plan formel, il n'existe pas de raison de remettre en cause la valeur probante de ces documents.

6.3 Il n'en va d'ailleurs pas différemment sous l'angle matériel. En effet, en premier lieu, il apparaît que le diagnostic posé par la médecin-conseil de l'intimée est compréhensible. Celle-ci a en effet retenu celui de cervicalgie (ch. 54.2 CIM-10), en relevant qu'après avoir subi de fortes douleurs pendant deux à trois jours, à la suite de l'accident, puis bénéficié d'une amélioration de celles-ci, il s'était ensuite plaint de la persistance de cervico-brachialgies. Elle a notamment rappelé que des douleurs s'étaient développées dans la région de l'omoplate droite dès le mois d'octobre 2022, irradiant jusqu'à la tête. C'est d'ailleurs le lieu de relever qu'au vu des explications relatives au développement et à l'irradiation des douleurs, on ne saurait comprendre, à l'instar de ce qu'a évoqué le recourant (p. 2 in initio du recours), que le diagnostic retenu, de cervicalgie, implique que la médecin-conseil a exclu toute prise en compte des douleurs à l'épaule ainsi qu'à l'omoplate. Tel est manifestement le cas. De surcroît, la médecin-conseil a aussi expliqué de manière logique que l'atteinte était en lien avec la présence d'un syndrome d'irritation au niveau C5/6 à droite, tel que mis en relief par l'IRM effectuée le 6 octobre 2022, soit sous la forme d'une atteinte dégénérative "Modic 1", associée à une protrusion discale (soit la

forme débutante d'une hernie discale, selon la médecin-conseil), ainsi qu'à une irritation possible de la racine C6 (voir dos. de l'intimée, M6, p. 3). A l'appui de références à la doctrine médicale, la médecin-conseil a du reste précisé de manière convaincante que l'atteinte désignée dans le compte rendu d'IRM (Modic type 1) se référait à un œdème de l'os sous-chondral (voir dos. de l'intimée, M6, p. 4). Ce faisant, le diagnostic retenu par la médecin-conseil ne prête aucunement le flanc à la critique. On parvient par ailleurs aisément à saisir, au regard de ces explications, pourquoi la médecin-conseil a retenu que l'IRM n'avait pas établi la présence d'une lésion structurelle traumatique récente (fracture, élongation ou déchirure ligamentaire), d'une contusion osseuse ou d'une contusion des tissus mous (hématome; dos. de l'intimée, M6, p. 4). Qui plus est, fondé sur les constatations objectives issues du rapport d'IRM, le raisonnement de la médecin s'avère également cohérent, en tant qu'il aboutit à la conclusion que les diagnostics du chiropraticien (de syndrome douloureux cervical, de syndrome thoraco-vertébral et d'omalgie à droite) ne font qu'énoncer la localisation des douleurs invoquées. Le même constat vaut, lorsque la médecin avance que les diagnostics de périarthrite scapulo-humérale à droite (aussi appelée tendinopathie de la coiffe des rotateurs) et d'impingement (pincement) de l'épaule décrivent une pathologie liée à l'usure, voire, quant au premier de ces diagnostics, à l'inflammation (voir dos. de l'intimée, M6, p. 3 et M9, p. 1 s.). Les prises de position de la médecin-conseil sont d'autant plus crédibles que non loin de s'arrêter à ces indications (voir à ce sujet: TF 8C_258/2023 du 6 octobre 2023 c. 4.4.1, selon lequel l'interprétation d'une IRM pour apprécier la question de la causalité ne constitue qu'un critère d'appréciation parmi d'autres; voir aussi TF 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 c. 4.3), la médecin-conseil de l'intimée a encore énuméré les critères relatifs à la reconnaissance du caractère accidentel d'une atteinte intervertébrale (littérature médicale également à l'appui), avant de procéder à une analyse de ceux-ci au cas d'espèce. Elle a alors exposé de façon probante que l'accident survenu à une vitesse de 10 à 15 km/h n'avait pas pu développer une haute énergie (ce qui se serait produit toutefois en cas de chute d'une hauteur considérable ou à la suite d'une collision entre véhicules à très hautes vitesses, selon les auteurs cités par la médecin-conseil). Quant au critère exigeant l'émergence de symptômes neurologiques à compter des premières minutes suivant

l'accident, la médecin-conseil a relevé qu'aucun symptôme caractéristique n'avait été documenté. En dernier lieu, elle a noté que le dernier critère imposait de pouvoir exclure la présence d'une éventuelle atteinte dégénérative, ce qui n'était donc pas le cas (dos. de l'intimée, M6, p. 3). Au vu de tout ce qui précède, force est dès lors de retenir que c'est de manière logique que la médecin-conseil de l'intimée a finalement conclu que l'accident du 20 mai 2022 n'avait pu qu'aggraver de manière transitoire un état dégénératif préexistant et que cette situation était guérie, au regard de l'IRM du 6 octobre 2022, de sorte qu'un lien de causalité (naturelle) entre les plaintes persistant au-delà de cette date et l'accident pouvait être nié au plus tard à compter de cette date (voir aussi c. 5.7 in fine). Partant, les conclusions de cette médecin sont cohérentes, convaincantes et exemptes de contradiction. Il y a donc lieu de reconnaître, également sur le plan matériel, une entière valeur probante aux déterminations émises par cette spécialiste.

6.4 En particulier, les rapports du chiropraticien traitant ne justifient pas d'admettre un autre résultat. Certes, celui-ci a expliqué sans ambages que l'atteinte constatée était selon lui en lien avec l'accident de 2022 (voir dos. de l'intimée, M1, M2 et M5). Ce praticien n'a toutefois aucunement exposé les raisons pour lesquelles il est parvenu à cette conclusion, contrairement à la médecin-conseil de l'intimée. Quant à l'argument évoqué par l'assuré dans le recours, d'après lequel on ne pourrait pas admettre une interruption du lien de causalité entre l'accident et les plaintes persistantes invoquées, du fait que l'intéressé n'avait jamais souffert de telles douleurs avant la survenance de l'événement assuré, il ne saurait être suivi. En effet, ce raisonnement (connu de la jurisprudence en tant que principe dit "post hoc, ergo propter hoc") ne suffit pas en soi pour établir un rapport de causalité entre une atteinte à la santé et un accident (voir ATF 149 V 218 c. 5.6, 119 V 335 c. 2b/bb; TF 8C_672/2020 du 15 avril 2021 c. 4.2, in SVR 2021 UV n° 34).

7.

En conclusion, il apparaît du dossier que les éléments versés à celui-ci étaient suffisants pour permettre à l'intimée de retenir, à tout le moins à un degré de vraisemblance prépondérante (voir c. 2.2.2), qu'à compter du 6 octobre 2022 au plus tard, le statu quo sine avait été atteint, à savoir qu'il n'existait plus de lien de causalité (naturelle) entre l'accident du 20 mai 2022 et les douleurs persistantes. Le recourant ne saurait dès lors reprocher à l'intimée une instruction lacunaire et déduire quoi que ce soit en sa faveur du fait qu'il avait averti qu'il se tenait à disposition de l'intimée pour produire tout rapport médical complémentaire. Par conséquent, point n'est du reste encore besoin d'examiner la question de la causalité adéquate (voir c. 2.2.1; ATF 148 V 138 c. 5.1.2; TF 8C_565/2022 du 23 mai 2023 c. 5; JTA LAA/2023/114 du 10 avril 2024 c. 7.1). C'est en définitive sans violer le droit que l'intimée a supprimé tout droit aux prestations à partir du 6 octobre 2022.

8.

8.1 Il s'ensuit que le recours est mal fondé et qu'il doit être rejeté, dans la mesure où il est recevable.

8.2 La procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA, a contrario; voir aussi FF 2018 p. 1628), si bien qu'il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure.

8.3 Vue l'issue de la procédure, il n'est pas alloué de dépens, pas même sous la forme d'une indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA a contrario; art. 104 al. 1 à 3 et 108 al. 3 LPJA; ATF 128 V 124 c. 5b, 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le président:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).