RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/1093/2021** **ATAS/125/2022**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

# Arrêt du16 février 2022

**4ème Chambre**

En la cause

| | |
|---|---|
| Monsieur A_____, domicilié à LES ACACIAS, représenté par APAS Association pour la permanence de la défense des patients et des assurés | recourant |

contre

| | |
|---|---|
| SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE | intimée |

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; , Christine LUZZATTO et Dana DORDEA Juges assesseures**

## EN FAIT

**A.** **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1971, a été engagé le 8 mai 2017 en qualité de manœuvre à plein temps par la société B_____ SA (ci-après : l'employeur). À ce titre, il était assuré auprès de la SUVA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.

**b.** Selon la déclaration de sinistre LAA du 9 juin 2017, l'assuré avait glissé et s'était fait mal au bras droit, au dos et à la hanche droite le 2 juin 2017, alors qu'il était en train de décrocher un panneau métallique au moyen d'une grue. Le travail avait été immédiatement interrompu à la suite de cet accident. Les premiers soins avaient été prodigués par le docteur C_____, médecin assistant à l'Hôpital de Nyon, puis par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale à Genève.

**c.** À partir du 6 juin 2017, le Dr D_____ a prolongé l'arrêt de travail initial, établi le 2 juin 2017 par le Dr C_____, jusqu'au 18 juin 2017, puis il a attesté, par certificat du 19 juin 2017, qu'une reprise du travail était possible à plein temps le 1er juillet 2017.

**d.** Le 14 juillet 2017, l'assuré a complété un questionnaire que la SUVA lui avait adressé. Il a précisé que le jour de l'événement assuré, la glissade avait été suivie d'une chute. Même s'il était à nouveau apte au travail depuis le 1er juillet 2017, le traitement médical dispensé par le Dr D_____ n'était pas terminé.

**e.** Dans un rapport du 20 juillet 2017 à la SUVA, le Dr D_____ a décrit une chute d'une échelle d'une hauteur de 2m, avec « TC » [traumatisme crânien] mais sans « PC » [perte de connaissance], accompagnée de douleurs, contusions et éraflures multiples. Le Dr D_____ avait constaté un hématome de 15 x 3cm au bras et au coude droits, une rougeur et une douleur au coude et à l'avant-bras gauches, une plaie superficielle à l'oreille et à la tempe gauches, une plaie et une éraflure de 3 x 5cm au dos ainsi qu'une douleur à la pression du sacrum et de la cuisse gauche. Enfin, ce médecin a précisé qu'il n'existait pas de circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison et que le traitement médical avait pris fin le 19 juin 2017.

**f.** Par pli du 24 juillet 2017, l'assureur a informé l'employeur que l'assuré avait droit à des indemnités journalières de CHF 134.80 par jour calendaire dès le début de son incapacité de travail, mais au plus tôt le 5 juin 2017. Aussi a-t-il invité l'employeur à reverser les indemnités journalières correspondantes à l'assuré.

**g.** Par courrier du même jour, l'assureur a donné au Dr D_____ son accord pour la prise en charge du traitement médical de l'assuré.

**B.** **a.** Par courrier du 20 juillet 2020, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne, a informé l'assureur que l'assuré présentait depuis quelques

mois une gonalgie importante à droite. Après lui avoir administré, quelques semaines durant, un traitement symptomatique insuffisant et constitué un dossier radiologique, il l'avait adressé au docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Selon ce dernier, il était plausible que ces lésions du genou fussent en rapport avec son « important traumatisme de 2017 (chute de 5m) ». L'assuré présentait également d'importantes lésions de la colonne lombaire (L-L4), possiblement d'origine post-traumatique, qui seraient prochainement examinées par un neurochirurgien. Le Dr E_____ a annexé à son courrier :

- une IRM du genou droit, réalisée par le docteur G_____, radiologue FMH, le 1er juillet 2020, indiquée par des douleurs et craquements du genou droit avec blocages par moment, concluant à une chondropathie de grade 4 du plateau tibial externe et à un « défect » cartilagineux sur environ 9mm du condyle fémoral interne avec chondropathie de grade 2. Le Dr G_____ suspectait également une déchirure oblique du ménisque interne ;
- une échographie du genou droit du 1er juillet 2020, également pratiquée par le Dr G_____, concluant à l'absence d'épanchement intra-articulaire et de kyste de Baker mais à un aspect hétérogène du compartiment fémoral-tibial des deux côtés ;
- un rapport IRM de la colonne lombaire du 1er juillet 2020, au terme duquel le Dr G_____ concluait, en L3-L4 et en L5-S1, à une spondylodiscopathie avec bombement discal à base large, sans rétrécissement canalaire, sans conflit en L5-S1 mais avec un contact extra-foraminal de la racine en L3 à droite ;
- un courrier du 21 juillet 2020 adressé au Dr E_____, dans lequel le Dr F_____ indiquait que l'assuré avait été victime d'un accident de travail en 2017, lors duquel il avait fait une chute d'une hauteur d'environ 5m sur le chantier où il travaillait. Suite à cet accident, il avait été admis à l'Hôpital de Nyon. Il était difficile d'avoir des renseignements précis car l'assuré ne parlait que l'allemand. Il semblait qu'il avait été en arrêt de travail pendant près d'un mois, puis qu'il avait voulu absolument reprendre son travail par peur de perdre son emploi, malgré des douleurs au niveau du genou droit, du dos et de l'épaule droite, qui avaient augmenté puis conduit à son licenciement et à sa prise en charge par l'assurance-chômage. Il émargeait actuellement à l'assistance publique. Il avait conservé, depuis l'accident, des douleurs mécaniques qui le faisaient boiter et réduisaient son périmètre de marche. L'IRM du genou droit du 1er juillet 2020 mettait en évidence une lésion de la partie centrale du plateau tibial externe, s'accordant avec les séquelles d'une impaction post-traumatique de l'os sous-chondral. Cet examen mettait également en évidence une déchirure oblique de la corne postérieure du ménisque interne. Sur la base de ces éléments, le Dr F_____ pensait que ces lésions étaient la conséquence de l'accident de 2017. Aussi avait-il incité l'assuré à rouvrir son dossier auprès de l'assureur.

**b.** Par pli du 23 juillet 2020, l'assuré a transmis à l'assureur une attestation de l'Hospice général indiquant qu'il bénéficiait, de la part de cette institution, d'une aide financière depuis le 1er décembre 2019. Y étaient également joints des certificats d'arrêt de travail. À cet égard, l'assuré a précisé que certains certificats avaient été envoyés à « l'assurance de base » et non à la SUVA. Les copies des certificats transmis à l'assureur comprenaient, outre ceux délivrés par le Dr D_____ jusqu'à la reprise à plein temps le 1er juillet 2017, des périodes d'incapacité de travail totale du 4 décembre 2017 au 2 janvier 2018 (toujours attestées par le Dr D_____, lequel retenait pour cause tantôt la maladie [du 4 au 18 décembre 2017], tantôt l'accident [du 4 décembre 2017 au 2 janvier 2018]), du 22 novembre au 22 décembre 2019, du 23 janvier au 23 février 2020, du 24 février au 23 mars 2020, du 18 mars au 18 mai 2020, du 18 mai au 18 juin 2020, du 18 juin au 18 juillet 2020, du 19 juillet au 18 août 2020. Les certificats établis pour la période à partir du 22 novembre 2019 avaient pour point commun d'avoir été délivrés par le Dr E_____ et pour cause de maladie.

**c.** Faisant suite à une demande de l'assureur, le centre d'imagerie médicale MEDIMAGE a transmis, le 24 juillet 2020, une copie d'une échographie de l'épaule et du bras droits de l'assuré, réalisée par le docteur H_____, radiologue FMH, le 16 janvier 2018. Ce médecin relevait, entre autres, qu'on était en présence d'une capsulite modérément rétractile, post-traumatique développée de l'épaule droite et d'un aspect un peu serré des espaces articulaires notamment olécrânien et antérieur huméro-radial. Ceci dénotait également une certaine réaction capsulaire post-traumatique du coude gênant son amplitude et devenant douloureuse si forcée dans une position d'extension ou de flexion prolongée. En conclusion, l'échographie mettait en évidence une réaction capsulaire caractérisée par un épaississement et une rétraction de l'épaule ainsi que du coude. Au niveau de l'avant-bras, on mettait en évidence une certaine augmentation de volume avec œdème des muscles fléchisseurs réalisant ainsi un syndrome de loge résiduel au traumatisme. On notait également une ébauche de neuropathie cubitale.

**d.** Par courrier du 27 juillet 2020, l'assuré a indiqué à l'assureur que ses rapports de travail avec l'employeur avaient pris fin le 31 mai 2018, et qu'après s'être inscrit à l'office cantonal de l'emploi le 1er juin 2018, il avait bénéficié d'indemnités journalières de l'assurance-chômage jusqu'à ce que l'Hospice général prenne le relais le 1er décembre 2019 en lui apportant une aide financière mensuelle.

**e.** Invité par l'assureur à donner des renseignements au sujet du « processus de guérison » de l'assuré, le docteur I_____, rhumatologue FMH, n'a pas donné suite à cette demande mais s'est limité à faire savoir, par pli du 18 août 2020, qu'il n'avait vu l'assuré qu'une seule fois le 20 décembre 2017 et que ce dernier n'était pas revenu le trouver avec son dossier, contrairement à ce qui était prévu.

**f.** Dans un rapport du 4 septembre 2020, relatant un examen clinique de l'assuré remontant au 1er septembre 2020, le docteur J_____, neurochirurgien FMH, a

indiqué que l'assuré n'avait pas pris avec lui les documents d'imagerie du 1er juillet 2020, raison pour laquelle ce praticien avait pris contact avec le Dr G_____ qui lui avait rapporté que l'IRM du 1er juillet 2020 montrait une discrète discopathie L3-L4 avec protrusion extraforaminale droite au contact de la racine L3 et une discopathie L5-S1 sans contact radiculaire. Quant à l'IRM du genou droit réalisée le même jour par le Dr G_____, elle relevait, aux dires de ce radiologue, une chondropathie du plateau tibial externe et du condyle fémoral interne. En conclusion, le Dr J_____ a indiqué que s'il était possible qu'il y eût un discret conflit disco-radiculaire L3 droit, les plaintes (douleurs lombaires importantes et gonalgie droite consécutives à une chute d'une hauteur de 5m avec réception sur le dos en 2017) semblaient aller bien au-delà d'une symptomatologie pouvant être expliquée par ces lésions (sous réserve de pouvoir lui-même évaluer les images).

**g.** Le 6 octobre 2020, l'assuré a été entendu par l'assureur en présence d'un collaborateur chargé de traduire ses déclarations faites en allemand. Il avait fait effectuer des radiographies du dos il y avait environ 5 ans en Bosnie-Herzégovine car il avait un petit peu mal au dos. Ces clichés n'avaient rien mis en évidence. Il n'avait pas subi d'autre accident que celui annoncé à l'assureur. Relatant le déroulement de l'accident du 2 juin 2017 – en ayant été averti des conséquences attachées à de fausses déclarations –, l'assuré a indiqué qu'il était occupé à la pose d'un panneau métallique sur une plateforme afin d'y faire couler du béton. Le panneau était maintenu en l'air par une grue. En montant sur l'échelle qui était appuyée contre la paroi de l'armature destinée à recevoir le panneau, il avait glissé sur un des échelons et était tombé, d'abord d'environ 1m sur le genou droit, puis ensuite sur le dos dans une fosse de drainage d'une profondeur d'environ 4m. Tout de suite après l'accident, il n'avait pas réussi à se relever et avait été aidé par un collègue. Il était resté environ 1h au repos puis on l'avait conduit à l'Hôpital de Nyon. Il avait mal au bas du dos et au sacrum, sur le côté droit (lui semblait-il) du visage et au genou droit. Il ne se souvenait pas d'un problème au bras droit. Son genou droit était rouge mais ne présentait pas de plaie ni d'éraflure. Il n'était pas non plus enflé. Il pouvait bouger la jambe et la plier. Il avait un petit peu mal mais pouvait marcher. À l'Hôpital de Nyon, on lui avait prescrit un médicament pour le dos et du repos. L'évolution avait été bonne pendant la durée de son arrêt de travail, d'environ trois à quatre semaines.

Une fois le travail repris, les douleurs au bas du dos étaient revenues après une semaine. Malgré ces douleurs qui survenaient à l'effort, il avait poursuivi son travail « en serrant les dents » car il avait peur d'être licencié. Il avait consulté régulièrement son médecin traitant, le Dr E_____, pour l'ensemble de ses problèmes de santé (comprenant, entre autres, du diabète et de la tension artérielle). Les différentes consultations ou prescriptions médicales (il ne savait plus s'il y en avait eues) avaient été prises en charge par Groupe Mutuel (ci-après : l'assureur-maladie). Il avait aussi consulté les Hôpitaux universitaires de

Genève (ci-après : HUG) pour les douleurs au bas du dos et au sacrum. On lui avait fait une infiltration. Le Dr E_____ lui avait finalement demandé de se soumettre à une IRM en juillet 2020. Il n'y avait pas eu d'autres examens avant cette date. Actuellement, il avait des douleurs permanentes au dos qui le gênaient beaucoup durant la nuit ; il n'arrivait pas à trouver une position de repos et ne pouvait pas porter de charges au-delà de 5kg. À la marche, il avait la sensation de coups de poignard et il ne pouvait pas rester longtemps assis ; il devait souvent changer de position et ne pouvait pas se pencher en avant.

S'agissant du genou droit, la petite douleur qu'il avait ressentie juste après l'accident ne l'avait jamais empêché de travailler. Cette douleur n'était pas permanente mais se manifestait de temps en temps. Les douleurs s'étaient accentuées en 2020, sans qu'un événement particulier – tel qu'une chute, un coup ou une glissade – ne survienne. Le Dr F_____ lui avait dit qu'il devait se faire opérer du genou car la situation allait empirer, raison pour laquelle ce spécialiste l'avait adressé aux HUG. D'avis contraire, les HUG s'étaient dit défavorables à une telle intervention et lui avaient prescrit de la physiothérapie. Actuellement, il avait des douleurs prolongées au genou à la montée des marches et lors de changements climatiques. Il ne pouvait ni s'accroupir ni s'agenouiller. Le genou n'était pas gonflé. Il était en rééducation (sous forme de physiothérapie) à raison de deux séances par semaine pour le genou.

Enfin, l'assuré a précisé que tous les rapports d'examen avaient été versés au dossier de l'assureur. Il avait été en arrêt de travail environ trois à quatre semaines pour les seules suites de l'accident. Par la suite, il avait également connu des périodes d'arrêt de travail pour cause de maladie, sans qu'il soit en mesure de dire pour quelle affection. En effet, le Dr E_____ le suivait pour l'ensemble de ses troubles.

**h.** Invité par l'assureur à dire si les troubles invoqués par l'assuré en juillet 2020 au niveau de son dos et de son genou droit étaient imputables, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'événement du 2 juin 2017, le docteur K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur, a indiqué, par avis du 27 octobre 2020, que pour le genou, les troubles invoqués ne pouvaient à trois ans d'intervalle, être attribués à la contusion initiale au degré de la vraisemblance prépondérante, ce d'autant que le récit actuel rapporté par les médecins contrastait avec le rapport initial de 2017. En ce qui concernait le dos, les atteintes décrites sur le rapport IRM étaient dégénératives. Pour être « dans la même situation […] que le Dr J_____ », il avait besoin des clichés de l'IRM.

**i.** Le 6 août 2020, la doctoresse L_____, médecin interne aux HUG, a posé le diagnostic de gonalgies droites sur déconditionnement et tendinopathies multiples (patte d'oie, tendon rotulien, tractus ilio-tibial) et prescrit 9 séances de physiothérapie.

**j.** Ayant pu prendre connaissance de l'IRM de la colonne lombaire du 1er juillet 2020 depuis son précédent avis du 27 octobre 2020, le Dr K_____ a indiqué le 4 novembre 2020 que les troubles invoqués en juillet 2020 au niveau du dos n'étaient pas imputables, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'événement du 2 juin 2017. En effet, trois ans s'étaient écoulés depuis lors et l'IRM montrait exactement ce que le Dr J_____ indiquait. Les séquences étaient certes de mauvaise qualité mais l'atteinte discale en L3-L4 était d'origine purement dégénérative.

**C.** **a.** Par décision du 5 novembre 2020, l'assureur a qualifié de rechute les éléments portés à sa connaissance en juillet 2020 et informé l'assuré qu'un lien de causalité entre l'événement du 2 juin 2017 et les troubles au genou droit et au dos n'existait pas au degré de la vraisemblance prépondérante. Étant donné que ces troubles étaient d'origine purement dégénérative, il ne pouvait pas lui allouer de prestations.

**b.** Par courrier du 12 novembre 2020 à l'assureur, le Dr F_____ a indiqué que lorsqu'il avait vu l'IRM du genou droit du 1er juillet 2020 – mentionnée dans son précédent courrier du 21 juillet 2020 –, il avait été frappé par l'aspect de la lésion du plateau tibial externe qui ne correspondait pas au descriptif du radiologue. Il avait donc rappelé le Dr G_____ pour lui demander de revoir les images et, surtout, il lui avait précisé que les douleurs du genou étaient survenues après une chute de 5m sur un chantier, ce que le Dr G_____ ignorait. Apprenant cela, ce dernier avait immédiatement abondé dans le sens de son confrère et modifié le rapport du 1er juillet 2020 en conséquence. Le Dr F_____ lui avait demandé d'envoyer ce rapport rectifié, du 20 juillet 2020, à l'assureur mais celui-ci s'était perdu en chemin. Aussi le Dr F_____ en a-t-il transmis une copie à l'assureur.

Les éléments suivants ressortent de ce rapport rectifié : l'IRM du genou droit du 1er juillet 2020 avait été indiquée également en raison d'un « antécédent de traumatisme il y a environ 5 ans avec important impact sur le genou droit ». Pour le surplus, le Dr G_____ maintenait ses précédentes conclusions du 1er juillet 2020, à ceci près qu'à la place d'une chondropathie de grade 4 du plateau tibial externe, il retenait une « lésion ostéochondrale post-traumatique séquellaire ».

Enfin, le Dr F_____ a précisé avoir expliqué que l'IRM lombaire ne montrait pas de substrat traumatique. En conséquence, le Dr F_____ a invité l'assureur à reconsidérer sa décision uniquement au sujet du genou de l'assuré.

**c.** Par pli du 25 novembre 2020, l'assuré a formé opposition à la décision en se fondant sur le rapport rectifié du 20 juillet 2020 du Dr G_____, corroboré par les prises de position du Dr F_____. Pour ce qui était des douleurs de la colonne vertébrale, le Dr J_____ souhaitait qu'il soit soumis à une expertise à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR). Aussi l'assuré maintenait-il cette demande.

**d.** Le 4 décembre 2020, l'assureur a notifié à l'assureur-maladie un exemplaire de la décision du 5 novembre 2020.

**e.** Par avis du 26 janvier 2021, le Dr K_____ a estimé que la qualité des images « au pacs » ne lui permettait pas de valider ou d'infirmer ce qu'affirmait le Dr F_____ dans son courrier du 12 novembre 2020. En conséquence, le Dr K_____ a demandé à l'assureur de collecter sur disque les images IRM du genou droit du 1er juillet 2020 directement auprès du Centre d'imagerie où exerçait le Dr G_____, soit l'Institut de Radiologie de Chantepoulet.

**f.** Le 18 février 2021, le Dr K_____ a effectué une appréciation sur la base des pièces versées au dossier. Commentant les images IRM du 1er juillet 2020, qu'il avait fait collecter directement auprès de l'Institut de Radiologie de Chantepoulet, il a estimé que celles-ci étaient de très mauvaise qualité avec un contraste non moins mauvais, en particulier en ce qui concernait le genou. Toutefois, ces images avaient été « visualisées par 2 médecins d'arrondissement » (sic) et ils ne retenaient, sur le plan de la causalité traumatique, qu'une atteinte cartilagineuse centrale du plateau tibial externe. Aussi, le Dr K_____ estimait qu'on pouvait être d'accord avec le Dr F_____ au sujet de sa description de l'aspect lésionnel du plateau tibial externe. Ceci étant, cet aspect purement cartilagineux d'enfoncement, s'il avait pu générer des douleurs initiales, était maintenant consolidé sur le plan osseux et cartilagineux. S'agissant de la description qui était faite du ménisque interne, force était de constater, malgré la très mauvaise qualité des images, qu'il s'agissait d'une atteinte horizontale de type dégénératif qui ne permettait pas de retrouver les caractéristiques d'une déchirure oblique de la corne postérieure du ménisque interne.

En ce qui concernait l'épaule et l'avant-bras, les atteintes décrites (NDR : par le Dr H_____) sur un ultra-son réalisé sept mois et demi après l'événement ne manquaient pas d'étonner, d'autant que l'assuré ne s'était jamais plaint pendant plus de trois ans des éléments qui avaient été retrouvés sur cet ultra-son et qui n'avaient nécessité aucune investigation complémentaire.

S'agissant enfin de la colonne lombaire, l'ensemble des éléments retrouvés étaient purement dégénératifs « dont les effets, en vraisemblance prépondérante [avaient] cessé six mois après l'évènement ».

En conclusion, le Dr K_____ a estimé que le dossier était parsemé de nombreuses contradictions, à l'exception de l'impaction discrète du plateau tibial externe qui ne nécessitait plus de prise en charge particulière. On retrouvait aujourd'hui, au niveau du genou, une atteinte qui était possiblement rattachée à l'événement de 2017 mais rien ne permettait d'affirmer que ce fût le cas. Sur le plan temporel, cette atteinte pouvait très bien avoir été antérieure. Quant aux atteintes méniscale interne et du condyle interne évoquées par le Dr G_____, le Dr K_____ ne les retenait pas dans la mesure où les images de mauvaise qualité dans leur tonalité lumineuse ne le permettaient pas. Rien ne permettait donc de

rattacher les symptomatologies actuelles, survenues trois ans après l'événement initial, à une rechute, et ce au degré de la vraisemblance prépondérante.

**g.** Par décision du 22 février 2021, l'assureur a rejeté l'opposition, motif pris que son médecin d'arrondissement avait expliqué de manière claire et convaincante pour quelle raison l'assuré ne souffrait pas de troubles s'inscrivant, au degré de la vraisemblance prépondérante, dans une relation de causalité avec la chute de juin 2017.

**D.** **a.** Le 25 mars 2021, l'assuré, assisté d'un conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) d'un recours contre cette décision, concluant à son annulation, à ce qu'il soit dit que l'intimée était tenue de verser toutes les prestations dues pour les atteintes – consécutives à l'accident du 2 juin 2017 – à la colonne lombaire, au genou droit, à l'épaule et à l'avant-bras droits. Subsidiairement, il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire orthopédique portant sur les atteintes à la colonne lombaire, au genou droits, à l'épaule et à l'avant-bras droit, le tout sous suite de dépens.

À l'appui de ses conclusions, le recourant a fait grief à l'intimée d'avoir mal instruit son cas et d'avoir jugé de manière erronée que l'atteinte qu'il présentait au genou droit, au dos, à l'épaule et à l'avant-bras droits n'était pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 2 juin 2017, respectivement que le statu quo ante avait été atteint six mois après l'événement concernant la colonne lombaire.

**b.** Par réponse du 19 mai 2021, l'intimée a fait valoir qu'en tant qu'il requérait des prestations pour ses troubles aux membres supérieurs droits (épaule et avant-bras) qui ne faisaient l'objet ni de la décision initiale du 5 novembre 2020 ni de la décision litigieuse, les conclusions du recourant excédaient l'objet du litige et devaient donc être déclarées irrecevables. Pour le reste, soit les troubles au dos et au genou droit, il incombait au recourant d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, en cas de rechute ou de séquelles tardives, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles présentés au 1er juillet 2020 et l'accident du 2 juin 2017. Dans le cas particulier, les rapports sur lesquels se fondait le recourant ne permettaient ni de retenir l'existence d'un tel lien au degré de la vraisemblance prépondérante, ni de jeter un doute, même faible, sur les conclusions du Dr K_____ et de la doctoresse M_____, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie auprès du Centre de compétences de médecine des assurances de la SUVA, dont l'appréciation du 12 mai 2021 était annexée à la réponse de l'intimée. En conséquence, cette dernière a conclu au rejet du recours.

Il ressort en substance de l'appréciation du 12 mai 2021 de la Dresse M_____, qu'en visualisant l'IRM du genou droit du 1er juillet 2020, elle objectivait aussi une atteinte par enfoncement du plateau tibial externe mais aucune atteinte du condyle fémoral interne. Selon la Dresse M_____, une atteinte ostéochondrale

avec impaction du plateau tibial externe à un moment ou à un autre correspondait à une fracture qui avait pu survenir à un moment ou à un autre, de sorte qu'une relation de causalité entre l'atteinte ostéochondrale du plateau tibial externe à droite et l'événement du 2 juin 2017 était possible, sans plus.

S'agissant de l'atteinte de la colonne lombaire, la Dresse M_____ a précisé, tout d'abord, qu'elle avait eu à sa disposition des radiographies de la colonne dorsale et lombaire, de face, de profil et incluant le coccyx, réalisées le 2 juin 2017 et qu'elle objectivait déjà, à l'examen de ces clichés, des remaniements des corps vertébraux lombaires L2, L3 et L4 avec une ostéophytose débutante. Il était donc clair que l'accident du 2 juin 2017 avait le plus probablement décompensé de manière transitoire (six mois au plus) l'état préexistant de la colonne lombaire

**c.** Par plis des 9 juin et 9 juillet 2021, le recourant a sollicité une première, respectivement une deuxième, prolongation du délai pour produire sa réplique, motif pris que la réponse de l'intimée contenait des appréciations médicales qu'il entendait soumettre, pour détermination, aux médecins qu'il consultait.

**d.** Le 12 juillet 2021, la chambre de céans a prolongé au 31 août 2021 le délai imparti au recourant pour produire son écriture.

**e.** Par réplique du 31 août 2021, le recourant a indiqué que même s'il n'avait pas encore obtenu de la part des médecins traitants de prise de position au sujet de la dernière appréciation médicale produite par l'intimée, il se réservait le droit de verser ultérieurement à la procédure les rapports manquants. En l'état, il lui était néanmoins possible d'observer que la cause ne devait pas être traitée sous l'angle d'une rechute ou de séquelles tardives, compte tenu de l'absence de notion de guérison entre l'événement initial et le courrier du Dr E_____ du 20 juillet 2020 à l'intimée.

Compte tenu des explications probantes du Dr F_____ concernant le lien de causalité entre l'événement du 2 juin 2017 et les troubles du genou droit, qui ne pouvaient, d'un point de vue anamnestique, être rattachés à un autre accident, il existait plus que des doutes minimes au sujet de la fiabilité et de la validité des appréciations des Drs K_____ et M_____. S'agissant des atteintes à la colonne lombaire et à l'épaule droite, le recourant a précisé qu'il renvoyait aux arguments présentés à l'appui de son recours.

**f.** Le 2 septembre 2021, la chambre de céans a transmis une copie de ce courrier, pour information, à l'intimée.

**g.** Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

## EN DROIT

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

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

**2.**

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

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

**2.3** Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 LPA).

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

Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la

condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503 ; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références).

Après avoir reçu le courrier du 20 juillet 2020 du Dr E_____ l'informant d'une gonalgie importante à droite depuis quelques mois et d'importantes lésions lombaires possiblement en lien avec le traumatisme de 2017, l'intimée a élargi de son propre chef les investigations à l'épaule et au bras droits du recourant en se procurant une échographie de l'épaule et du bras droits du recourant, réalisée le 16 janvier 2018. La décision du 5 novembre 2020, confirmée sur opposition le 22 février 2021, se prononce certes uniquement sur le lien de causalité entre l'événement du 2 juin 2017 et les troubles du genou droit et du dos, laissant ainsi de côté les (éventuels) troubles à l'épaule et au bras droits qui ne font pas partie du litige. Force est toutefois de constater que les appréciations des médecins de l'intimée, datées des 18 février et 12 mai 2021, se déterminent au sujet des troubles à l'épaule et au bras droits, que le recourant conclut au versement de prestations notamment en lien avec ses atteintes à l'épaule et à l'avant-bras droits et qu'enfin, l'intimée se prononce en concluant à l'irrecevabilité des conclusions prises à ce sujet. Dès lors que ces atteintes et les autres atteintes – faisant l'objet de la décision litigieuse – sont à ce point liées qu'il est possible de parler d'un état de fait commun, il convient d'étendre le litige dans la mesure des conclusions prises par le recourant.

**2.5** Le litige porte ainsi sur le point de savoir si, dans les suites de l'accident du 2 juin 2017, le recourant a droit à des prestations d'assurance en lien avec ses atteintes à la colonne lombaire, au genou droit, à l'épaule et à l'avant-bras droits.

**3.**

**3.1** Aux termes de 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 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les réf.).

Selon l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h).

**3.2** En l'espèce, il n'est pas contesté par les parties que l'événement du 2 juin 2017 est constitutif d'un accident. Le recourant relève néanmoins qu'en tant qu'une déchirure du ménisque – dont il est fait mention dans certains rapports versés au dossier – entraîne l'obligation, pour l'assureur, d'allouer ses prestations,

pour autant que cette lésion ne soit pas due de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie, il incomberait à l'intimée d'apporter la preuve que cette lésion est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie pour se libérer de son obligation de prester. Cette argumentation ne saurait être suivie. Le Tribunal fédéral considère en effet que lorsque l'assureur-accident a admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffre d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al 2 LAA, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA; en revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1; résumé in RSAS 1/2020 p. 33 ss.; arrêt du Tribunal fédéral 8C_520/2020 du 3 mai 2021 consid. 5.1). Cela implique que si une lésion au sens de l'art. 6 al. 2 LAA est due à un accident assuré, l'assureur doit la prendre en charge jusqu'à ce que cet accident n'en constitue plus la cause naturelle et adéquate et que l'atteinte à la santé qui subsiste est due uniquement à des causes étrangères à l'accident considéré (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et 9.1; ci-après : consid. 4.2 et 4.3).

**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).

**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.

**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).

**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).

**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).

**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).

**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).

**5.**

**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).

**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).

**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 manifesteraient 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).

**6.**

**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).

**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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

**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).

**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).

**7.**

**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).

**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).

**8.**

**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).

**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).

**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).

**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 1er 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 1er juillet 2017, il avait consulté le Dr E_____ pour l'ensemble de ses problèmes santé, incluant des

atteintes sans conteste d'origine maladive (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 indécise. 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 1er 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.

**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.

**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 1er et 20 juillet 2020 (chondropathie de grade 4 du tableau tibial externe, « défect » 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 « défect » 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 tableau 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 1er 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 1er 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.

**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 épaississement 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.

**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 1er 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.

**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.

**11.** Partant, le recours est rejeté.

**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 :**

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 |
|---|---|
| Isabelle CASTILLO | Catherine TAPPONNIER |

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