

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1839/2025

ATAS/936/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 1^{er} décembre 2025

Chambre 6

En la cause

A _____

recourant

Représenté par Me Claudio FEDELE, avocat

contre

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

intimée

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

EN FAIT

A. a. A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1960, de nationalité italienne, marié, était employé de nettoyage. Dès le 11 janvier 2024, il a bénéficié de prestations de l'assurance-chômage, par la caisse de chômage UNIA et était assuré contre les risques d'accidents auprès de la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA).

b. Le 7 mars 2023, l'assuré a chuté d'une échelle et une IRM du 25 avril 2023 a conclu à un canal lombaire rétréci L4-L5 multifactoriel de grade C, selon la classification de Lausanne, une ostéochondrose érosive Modic I en L4-L5, pas de tassement lombaire, une surcharge mécanique au niveau des articulations sacro-iliaques prédominant à droite et des séquelles d'une maladie de Scheuermann au niveau de la jonction dorsolombaire. Il est relevé qu'à l'étage L4-L5 est mise en évidence une hernie discale à base large de topographie postéromédiane, comprimant le canal médullaire, hypertrophie des ligaments jaunes des deux côtés et arthrose interfaccettaire postérieure bilatérale prédominant à gauche.

c. Les 6 et 20 juillet 2023, l'assuré a bénéficié d'infiltrations L4-L5 en raison de lombalgies droites.

B. a. Le 25 avril 2024, l'assuré a déclaré un accident du 17 avril 2024, lors duquel il était « tombé ». Il a été en incapacité de travail totale du 18 avril au 25 juillet 2024 et à un taux de 80% dès le 26 juillet 2024, attestée par le docteur B_____, spécialiste en médecine générale.

b. Le 17 juin 2024, le Dr B_____ a attesté d'une consultation le 18 avril 2024 et de lombosciatalgie L5-S1 gauche, traumatique. Il s'agissait de « douleurs au dos suite à faux-mouvement, il glisse dans le baignoire ». L'incapacité de travail était totale du 18 avril au 1^{er} juillet 2024. L'assuré avait été victime d'un ancien accident le 7 mars 2023, avec hernie discale L4-L5.

c. La SUVA a pris le cas en charge.

d. Le 7 janvier 2025, la docteure C_____, médecin praticien et médecin-conseil de la SUVA, a estimé que l'accident du 17 avril 2024 avait décompensé de manière passagère un état antérieur, soit pendant six mois.

e. Le 23 janvier 2025, le Dr B_____ a attesté de dorsolombalgie L5-S1 non déficitaire avec irradiation au membre inférieur droit et une recrudescence des symptômes après la glissade du 17 avril 2024. La situation était stable depuis le 26 juillet 2024 et l'assuré avait été victime d'un accident le 7 mars 2023.

La capacité de travail était de 20% depuis le 26 juillet 2024. Il fallait s'attendre à un dommage qui demeurerait, soit une limitation de mouvement de la colonne lombaire dans les trois axes.

f. Le 21 février 2025, la Dre C_____ a relevé que le médecin traitant n'avait pas attesté d'une atteinte traumatique comme cause des douleurs de l'assuré, lequel

avait un état antérieur, soit des lombalgies sur des atteintes dégénératives préexistantes et avait bénéficié de deux infiltrations en juillet 2023.

L'accident avait cessé de déployer ses effets au plus tard le 26 juillet 2024, date à laquelle l'assuré avait repris son activité à un taux de 20%.

g. Par décision du 3 mars 2025, la SUVA a considéré que « selon l'appréciation du service médical » l'état de santé de l'assuré, tel qu'il aurait été sans l'accident du 17 avril 2024, était atteint depuis le 4 mars 2025 au plus tard, de sorte qu'il était mis fin aux frais de traitement et indemnités journalières à cette date.

h. Le 31 mars 2025, l'assuré, représenté par un avocat, a fait opposition à la décision précitée, au motif que ses médecins traitants considéraient que ses douleurs étaient en lien de causalité avec l'accident. Son droit d'être entendu avait été violé car la décision du 3 mars 2025 supprimait les prestations au 4 mars 2025.

i. Par décision du 14 avril 2025, la SUVA a rejeté l'opposition et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

C. a. Le 27 mai 2025, l'assuré, représenté par son avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif et à l'ordonnance d'une expertise judiciaire et, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi de prestations dès le 4 mars 2025. Le médecin-conseil de l'intimée ne l'avait pas examiné.

b. Le 10 juin 2025, l'intimée a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif et du recours.

c. Par arrêt incident du 24 juin 2025, la chambre de céans a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif au recours.

d. Le 29 août 2025, le recourant a répliqué, en soulignant que le Dr B_____ estimait que les troubles étaient d'origine traumatique et que la symptomatologie actuelle ne pouvait être attribuée à une simple aggravation de la première lésion. Il a produit des certificats d'arrêt de travail à un taux de 80% du 25 mars au 24 août 2025, ainsi qu'un rapport du Dr B_____ du 12 juillet 2025, selon lequel l'assuré n'avait jamais ressenti de douleurs pseudoradiculaires gauches avant l'accident et un rapport du 4 août 2025, selon lequel l'accident du 17 avril 2024 était à l'origine probable d'une nouvelle atteinte clinique fonctionnelle et l'état actuel était dû au traumatisme.

e. Le 29 septembre 2025, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a expliqué qu'en mars 2023, il avait chuté d'une échelle et que l'assureur-accidents était peut-être la D_____ ASSURANCES. Le 17 avril 2024, il avait chuté dans les escaliers devant chez lui alors qu'il sortait son chien et

s'était blessé au dos. Averti qu'il avait déclaré une glissade dans sa baignoire, il a indiqué qu'il ne s'en souvenait pas et qu'il était confus avec les dates.

f. À la demande de la chambre de céans, le 22 octobre 2025 la D_____ ASSURANCES a versé à la procédure le dossier du recourant relatif à l'accident du 7 mars 2023. Il ressort de celui-ci que le recourant a déclaré avoir glissé et chuté d'un escabeau. Il a bénéficié d'indemnités journalières du 10 mars au 24 août 2023.

g. Le 5 novembre 2025, la SUVA a observé que les rapports du Dr B_____ des 14 janvier et 5 mai 2025 figurant au dossier AI attestaient de lombosciatalgie droite d'origine hernie discale L4-L5 à la suite de l'accident du 7 mars 2023, de sorte que celles-ci étaient antérieures à l'accident du 17 avril 2024.

h. Le 18 novembre 2025, la SUVA a transmis les rapports précités. Selon le rapport du 14 janvier 2025 du Dr B_____, le recourant avait présenté, suite à une glissade dans la baignoire, une recrudescence des douleurs au dos, dès le 18 avril 2024.

EN DROIT

1.

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

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

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

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre un terme à ses prestations au 4 mars 2025 à la suite de l'accident du 25 avril 2024, au motif que le *statu quo sine* du recourant était atteint à cette date.

3.

3.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur ; il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première explication, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 ; 121 V 45 consid. 2.a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.4).

3.2 La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Un lien de causalité naturelle est réalisé lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

3.2.1 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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

3.2.2 Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe

d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

3.2.3 Selon la jurisprudence, l'utilisation par un médecin du terme « post-traumatique » ne suffit pas, à elle seule, à reconnaître un lien de causalité entre un accident et des troubles. En effet, on peut entendre par une affection « post-traumatique » des troubles qui ne sont pas causés par l'accident mais qui ne sont apparus qu'après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_493/2023 du 6 février 2024 consid. 4.2 et la référence).

3.3 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.

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 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.2).

3.3.1 En cas de lombalgies et lombosciatalgies, la jurisprudence admet qu'un accident a pu décompenser des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, auparavant asymptomatiques. En l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, elle considère toutefois que selon l'expérience médicale, le *statu quo sine* est atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année. Il n'en va différemment que si l'accident a entraîné une péjoration déterminante, laquelle doit être établie par des moyens radiologiques et se distinguer d'une évolution ordinaire liée à l'âge (arrêts du Tribunal fédéral 8C_315/2023 du 9 janvier 2014 consid. 6.1 et les références ; 8C_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 et les références).

3.3.2 Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_256/2023 du 25 janvier 2024 consid. 3 et les références). Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, 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).

3.4 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 148 V 356 consid. 3 ; 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2). 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

3.5

3.5.1 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).

3.5.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

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

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

3.5.3 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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 même faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur

spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

3.5.4 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 (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

3.6

3.6.1 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

3.6.2 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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

- 4.** En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation de son médecin-conseil du 21 février 2025 pour mettre fin à ses prestations au 4 mars 2025, en considérant que le *statu quo sine* était atteint à cette date.

Le recourant fait valoir l'avis de son médecin traitant, selon lequel l'accident du 17 avril 2024 a entraîné une atteinte clinique et fonctionnelle, soit une lésion nouvelle, à l'origine du tableau de lombalgie persistante.

4.1 S'agissant en premier lieu des circonstances de l'accident du 17 avril 2024, il existe une contradiction entre la déclaration d'accident du 25 avril 2024, complétée par celles des rapports du Dr B_____ des 17 juin 2024 et 14 janvier 2025, selon lesquelles le recourant était tombé, en glissant dans sa baignoire suite à un faux mouvement, et les explications données ensuite par le recourant lors de l'audience de comparution personnelle du 29 septembre 2025, selon lesquelles son chien l'aurait « tiré » et il aurait chuté dans les escaliers extérieurs de sa maison.

En présence de deux versions différentes et compte tenu également du fait que le recourant a déclaré qu'il présentait des troubles de la mémoire (procès-verbal de l'audience de comparution personnelle du 29 septembre 2025), il convient de retenir, en application de la jurisprudence précitée concernant les déclarations de la première heure, que la version de la chute dans la baignoire, déclarée dans les suites de l'accident, est probable.

4.2 La Dre C_____ a relevé dans son appréciation du 21 février 2025 que le recourant présentait, avant l'accident, des lésions de nature dégénérative et constitutionnelle, soit un canal lombaire rétréci L4-L5 multifactoriel de grade C, selon la classification de Lausanne, une ostéochondrose érosive Modic I en L4-L5, pas de tassement lombaire, une surcharge mécanique au niveau des articulations sacro-iliaques prédominant à droite et des séquelles d'une maladie de Scheuermann au niveau de la jonction dorsolombaire selon l'IRM de la colonne lombaire du 25 avril 2023. Elle a indiqué que le recourant avait déjà bénéficié d'une infiltration de L4-L5 sous CT-scan les 6 et 20 juillet 2023. L'événement du 17 avril 2024 n'avait pas entraîné de lésion structurelle mais avait décompensé de manière passagère un état antérieur et réactivé des douleurs de nature dégénérative, au plus tard jusqu'au 26 juillet 2024.

Le Dr B_____ estime que le premier accident du recourant le 7 mars 2023 a causé l'apparition d'une hernie discale L4-L5 et que l'accident du 17 avril 2025 a créé un second traumatisme distinct.

4.2.1 En premier lieu, il est admis que le recourant, à la suite de l'accident litigieux, a présenté des lombosciatalgies L5-S1 avec irradiation au membre inférieur gauche (rapports du Dr B_____ des 17 juin 2024, 14 et 23 janvier 2025). En revanche, aucune lésion structurelle n'a été établie à la suite de l'accident du 17 avril 2025. La seule affirmation du Dr B_____ (rapport du 25 août 2025) est, à cet égard, insuffisante pour considérer qu'une lésion structurelle est probable.

Par ailleurs, un état dégénératif préexistant est prouvé et admis par les parties par le rapport d'IRM du 25 avril 2023, lequel met en évidence un canal lombaire

rétréci L4-L5, une ostéochondrose érosive Modic I en L4-L5, une surcharge mécanique au niveau des articulations sacro-iliaques prédominant à droite et des séquelles d'une maladie de Scheuermann au niveau de la jonction dorsolombaire. Il est aussi signalé une hernie discale L4-L5.

À cet égard, la question de savoir si le premier accident a déclenché la hernie discale L4-L5 n'est pas déterminante, dès lors que cet accident n'est pas à la charge de l'intimée. La présence de cette hernie discale, qu'elle soit d'origine traumatique ou malade, constitue ainsi un état préexistant dont l'intimée n'a pas à répondre, hormis dans l'hypothèse d'une aggravation due à l'accident du 17 avril 2025.

Or, à cet égard, l'intimée a considéré que l'accident en cause avait effectivement aggravé, par l'apparition de lombosciatalgies, l'état de santé préexistant du recourant, au plus tard jusqu'au 4 mars 2025, soit plus de dix mois après l'accident.

Ce raisonnement n'est pas critiquable, compte tenu de la jurisprudence précitée, selon laquelle, en présence de lombosciatalgies et en l'absence de fracture ou d'une autre lésion structurelle, le *statu quo sine* est atteint six à neuf mois après l'accident.

4.2.2 En conséquence et par anticipation des preuves, il sera renoncé à l'ordonnance d'une expertise judiciaire, requise par le recourant.

- 5.** Au vu de ce qui précède, le recours ne peut qu'être rejeté.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Adriana MALANGA

Valérie MONTANI

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