

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2172/2017

ATAS/77/2018

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 30 janvier 2018**

**2<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié au GRAND-SACONNEX, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître David FREYMOND

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUZERN

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Anny SANDMEIER et Maria Esther  
SPEDALIERO, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. En date du 11 septembre 2016 vers 16h30, Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1976, marié, domicilié dans le canton de Genève, nettoyeur d'automobiles au chômage, assuré à ce titre contre les accidents auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA ou l'intimée), a trébuché sur une souche et est tombé sur le flanc droit.
2. Le 16 septembre 2016, l'assuré a consulté le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, auquel il a dit – à teneur du certificat médical LAA que ledit médecin adressera à la SUVA, daté du 11 octobre 2016 – avoir chuté lourdement sur le côté droit le 11 septembre 2016. Le Dr B\_\_\_\_\_ avait constaté des contusions multiples et des hématomes au niveau de l'épaule droite, du flanc droit et de la fesse droite. Il n'a alors pas fait faire de radiographie ; il a prescrit du repos et des anti-inflammatoires. Il a attesté que l'assuré était en incapacité de travail de 100 % du 12 septembre au 16 septembre 2016.
3. Le 28 septembre 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ a délivré à l'assuré un certificat médical attestant d'une incapacité de travail de 100 % prolongée jusqu'au 4 octobre 2016 et de 50 % du 5 au 9 octobre 2016.
4. Par courrier du 3 octobre 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle lui allouait les prestations légales d'assurance pour les suites de son accident non professionnel du 11 septembre 2016, en particulier une indemnité journalière de CHF 114.75 par jour calendaire dès le 14 septembre 2016.
5. Dans le certificat médical LAA précité du 11 octobre 2016, le Dr B\_\_\_\_\_ a indiqué que le traitement avait pris fin le 10 octobre 2016.
6. Le 19 octobre 2016, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, collègue de cabinet du Dr B\_\_\_\_\_, a cependant attesté de l'incapacité de travail de l'assuré à 50 % du 10 au 31 octobre 2016, qu'il a prolongée, à ce taux de 50 %, le 1<sup>er</sup> novembre 2016 de cette date-ci au 15 novembre 2016 puis prolongera, toujours à ce taux, à plusieurs reprises (soit du 16 au 30 novembre 2016, du 1<sup>er</sup> au 18 décembre 2016, du 19 au 31 décembre 2016, du 1<sup>er</sup> au 17 janvier 2017, du 18 janvier au 3 février 2017).
7. Ledit médecin a indiqué, dans un rapport médical intermédiaire du 5 novembre 2016, que le traitement de l'assuré était toujours en cours, pour une durée encore indéterminée, et il a soumis l'assuré à une IRM de la colonne dorsale, qui a été réalisée le 9 novembre 2016.
8. À teneur du rapport du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, du 14 novembre 2016, aucun œdème osseux, ni fracture, ni rétrécissement du canal rachidien, ni myélopathie n'ont été découverts, mais l'assuré souffrait de légères discopathies sans conflit disco-radiculaire.
9. Dès le 15 novembre 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a prescrit à l'assuré des séances de physiothérapie.

10. La SUVA a soumis le dossier de l'assuré à son médecin d'arrondissement, le docteur E\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui, dans une appréciation médicale du 22 novembre 2016, a proposé de clore le cas à la date à laquelle le traitement était terminé d'après le Dr B\_\_\_\_, soit au 10 octobre 2016.
11. Par courrier du 29 novembre 2016, reprise dans une décision du 16 décembre 2016, la SUVA a fait savoir à l'assuré que, de l'avis de son médecin d'arrondissement, une incapacité de travail de 50 % n'était plus justifiée pour les seules suites de l'accident du 11 septembre 2016 et qu'elle le considérait comme capable de travailler à 100 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016. Les indemnités journalières prendraient fin au 30 novembre 2016 inclus, et le traitement médical, terminé depuis le 10 octobre 2016 d'après le Dr B\_\_\_\_, n'était plus nécessaire non plus à cette même date. L'effet suspensif était retiré à une opposition qui serait le cas échéant formée.
12. Par recommandé du 25 janvier 2017, après avoir obtenu copie de son dossier, l'assuré, représenté par un avocat, a formé opposition contre cette décision. Le médecin d'arrondissement de la SUVA ne l'avait jamais reçu en auscultation. Le Dr C\_\_\_\_ avait attesté le 5 novembre 2016 que le traitement était toujours en cours pour une durée indéterminée. La SUVA n'avait pas pris en considération les arrêts de travail à 50 % délivrés par le Dr C\_\_\_\_ pour la période postérieure au 30 novembre 2016.
13. Le 10 février 2017, l'assuré a transmis à la SUVA le rapport radiologique précité du 14 novembre 2016 du Dr D\_\_\_\_ et un CD-ROM de radiographies.
14. Dans une nouvelle appréciation médicale, du 10 avril 2017, le Dr E\_\_\_\_ a confirmé son appréciation du 22 novembre 2016. L'opposition de l'assuré n'apportait pas d'élément nouveau susceptible de modifier ladite appréciation. L'IRM reçue le 14 février 2017 confirmait clairement l'existence d'une pathologie dégénérative qui ne pouvait être mise en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident annoncé ; il n'y avait ni œdème osseux ni fracture ; la discopathie, pathologie de longue évolution, était très certainement présente avant cet événement traumatique ; il n'y avait aucun effet compressif ni refoulement des disques sur le cordon médullaire. Aucun document médical ne justifiait la poursuite de l'incapacité de travail.
15. Par décision sur opposition du 13 avril 2017, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 16 décembre 2016, pour les motifs figurant dans l'appréciation médicale précitée du Dr E\_\_\_\_. Le point de savoir si les légères discopathies avaient entraîné une incapacité de travail au-delà du 30 novembre 2016 pouvait rester indécis dès lors que cette pathologie ne concernait pas la SUVA. Les certificats du Dr C\_\_\_\_ ne motivaient en rien l'incapacité de travail attestée. L'appréciation médicale du médecin d'arrondissement, établie sur la base du dossier, avait une pleine valeur probante dès lors que le dossier restituait une image complète de l'anamnèse, du déroulement des faits et du status en l'état et

que ces données étaient incontestées. Les clichés et le rapport de l'IRM avaient permis au Dr E\_\_\_\_\_ de se faire une image complète de la situation. Un éventuel recours contre cette décision sur opposition n'aurait pas d'effet suspensif.

16. Par acte du 18 mai 2017, l'assuré a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), en concluant à son annulation et à l'octroi des indemnités journalières, subsidiairement à une instruction complémentaire par la SUVA. Cette dernière avait pris en charge pendant près de deux mois et demi son incapacité de travail résultant de sa chute du 11 septembre 2016, reconnaissant donc un lien de causalité naturelle et adéquate entre ses douleurs ressenties et ledit accident ; elle ne pouvait prétendre que ce cas ne la concernait pas, faute de lien de causalité, tant que le *statu quo ante* ou *sine* n'était pas atteint ou rétabli. Elle indiquait elle-même qu'une aggravation traumatique d'un état dégénératif antérieur cliniquement asymptomatique de la colonne vertébrale était en général considéré comme terminée après six à douze mois, de simples contusions ou distorsions vertébrales cessant de produire leurs effets après plusieurs mois ; même s'il présentait une discopathie asymptomatique, celle-ci avait été aggravée par l'accident considéré, et l'assuré n'avait pas retrouvé son état de santé d'avant l'accident avant mars 2017 en prenant une période de six mois. Rien ne démontrait qu'il souffrait d'un développement ordinaire de sa pathologie dégénérative préexistante. La SUVA avait ignoré le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 5 novembre 2016.
17. Par mémoire du 11 juillet 2017, la SUVA a conclu au rejet du recours. Aucun médecin ne retenait que la pathologie dégénérative préexistante de la colonne dorsale avait été aggravée par la chute du 11 septembre 2016. L'IRM n'avait objectivé ni fracture, ni fissures, ni œdème osseux, mais elle confirmait clairement l'existence d'une pathologie dégénérative ne pouvant être mise en relation avec l'accident. La seule attestation d'une incapacité de travail au-delà du 30 novembre 2016 ne permettait pas de conclure à l'existence d'un lien de causalité entre la symptomatologie du rachis et l'accident. Il n'y avait pas de contradiction à lui avoir reconnu le droit aux prestations pour les suites de l'accident considéré (soit les contusions au niveau du flanc droit telles que rapportées par le Dr B\_\_\_\_\_), puis à avoir mis fin à cette prise en charge alors que ledit médecin lui-même indiquait que le traitement était terminé dès le 10 octobre 2016 et que le nouveau médecin ne motivait en rien la poursuite de l'incapacité de travail. Il n'y avait pas matière à mettre en œuvre une expertise.
18. Le 7 août 2017, l'assuré a informé la CJCAS n'avoir pas d'observations complémentaires à faire valoir.
19. La cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. a. 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, la décision attaquée étant une décision sur opposition par laquelle l'assureur-accidents confirme sa décision de mettre fin dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016 aux prestations prévues par la LAA.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).

Déposé le 18 mai 2017 contre une décision sur opposition du 13 avril 2017 (soit la veille de Vendredi-Saint), reçue le 18 avril 2017, le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. LPGA).

Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

L'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Le recours sera donc déclaré recevable.

2. Le recours porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016 aux prestations prévues par la LAA faute, dès cette date-ci, d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident non professionnel subi par le recourant le 11 septembre 2016 et les troubles et l'incapacité de travail allégués par ce dernier au-delà du 30 novembre 2016.
3. a. 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 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

b. 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 exigence est remplie 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, en revanche, que

l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

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 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

c. 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 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

d. Une fois que le lien de causalité 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 ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

4. 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 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). *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).
5. a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (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).
- b. 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, 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).
- c. 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).

c/aa. 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).

c/bb. 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 ; 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 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

c/cc. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

c/dd. 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée entre eux (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

6. a. En l'espèce, l'intimée a retenu qu'à tout le moins à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2016, le recourant ne subissait pas ou du moins plus les conséquences, en termes de capacité de gain et même de traitement, de sa chute accidentelle du

11 septembre 2016. Elle s'est appuyée à ce propos sur les appréciations médicales de son médecin d'arrondissement.

b. Il est vrai que ce dernier n'a pas ausculté personnellement le recourant. Il s'est cependant prononcé sur la base d'un dossier, qui, compte tenu du cas, peut être considéré comme complet, comportant les avis, certes sommaires, des médecins généralistes du recourant (en particulier de celui du premier médecin traitant attestant que le traitement avait pris fin le 10 octobre 2016), et le rapport d'IRM du radiologue, médecins qui, eux, avaient pu effectuer un examen personnel du recourant. Le médecin d'arrondissement de l'intimée est au surplus spécialiste en chirurgie orthopédique ; il dispose des qualifications requises pour la discipline médicale ici pertinente.

c. L'avis du Dr E\_\_\_\_\_ ne se trouve en réalité contredit par aucun rapport médical, qui émanerait en particulier des médecins traitants successifs du recourant, dont celui-ci aurait eu tout loisir de requérir des rapports dûment motivés, ne se limitant pas à attester d'une incapacité de gain de 50 % aucunement mise en relation avec l'accident précité ni justifiée d'une quelconque autre manière.

La pièce médicale déterminante, dont le médecin d'arrondissement de l'intimée a tenu compte dans sa seconde appréciation, réside dans le rapport d'IRM du 14 novembre 2016. Or, de façon non contestable ni d'ailleurs contestée par le recourant, cette IRM ne mettait en évidence ni œdème osseux, ni fracture, ni rétrécissement du canal rachidien, ni myélopathie ; elle confirmait en revanche l'existence d'une pathologie dégénérative, sous la forme de légères discopathies sans conflit disco-radiculaire.

Ainsi que l'a indiqué le Dr E\_\_\_\_\_, avec une force probante que la chambre de céans doit reconnaître en l'occurrence, cette pathologie dégénérative préexistante était de longue évolution et était très certainement présente avant l'événement traumatique considéré.

La description des effets de ce dernier constatés par le premier médecin traitant, cinq jours après les faits – consistant en des contusions multiples et des hématomes au niveau de l'épaule droite, du flanc droit et de la fesse droite – n'autorise pas à considérer que cet accident a été d'une violence particulière, au point de susciter des doutes quant à une reprise de capacité de gain entière à tout le moins dès décembre 2016, d'autant plus que, d'après ledit médecin, il n'y a alors pas eu d'indication à faire une radiographie et que le traitement était terminé au 10 octobre 2016. La reprise d'un traitement par le second médecin et le maintien au demeurant rétroactif d'une incapacité de travail à 50 % n'emportent pas la conviction, au degré pertinent de la vraisemblance prépondérante, qu'à tout le moins depuis le 1<sup>er</sup> décembre 2016 le recourant subissait encore les suites de l'accident considéré.

d. L'acceptation par l'intimée de verser des prestations pour cet accident n'établit pas en elle-même, alors qu'aucun rapport médical ne le retient, que la pathologie

dégénérative de la colonne vertébrale révélée par l'IRM précitée a été aggravée par la chute du 11 septembre 2016. Aussi l'intimée ne saurait-elle être tenue de verser des prestations pour cet accident au-delà du temps durant lequel celui-ci était susceptible de causer un dommage au recourant, en particulier une incapacité de travail s'agissant du versement d'une indemnité journalière. La chambre de céans ne voit pas de motif de s'écarter de l'appréciation dudit médecin d'arrondissement et au demeurant du premier médecin traitant du recourant que cet accident n'avait pas produit de suites au-delà du 10 octobre 2016, d'autant plus que l'intimée a accepté de ne cesser de verser ses prestations qu'à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2016. Dans ces conditions, la garantie est d'autant plus grande qu'une durée non de un mois mais de deux mois et demi était en l'espèce suffisante pour qu'une incapacité de travail (réduite d'ailleurs à 50 % dès le 9 octobre 2016) et un traitement restent justifiés par ledit accident au-delà du 30 novembre 2016, et ne le deviennent pas, le cas échéant, exclusivement par la pathologie dégénérative de la colonne dorsale préexistante.

e. Il n'y a pas matière, en l'occurrence, à administrer des preuves complémentaires, car les faits déterminants présentent un degré de vraisemblance prépondérante et d'autres mesures probatoires ne pourraient modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c).

7. Compte tenu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA).

\* \* \* \* \*

**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. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
5. 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

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

Raphaël MARTIN

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