RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2452/2020 **ATAS/869/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 août 2021

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à VIUZ EN SALLAZ, France	recourant

contre

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

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1973, a été victime d'un accident professionnel en date du 30 septembre 2019. Alors qu'il travaillait sur un chantier, une grosse gaine de ventilation est tombée sur sa tête, protégée par un casque. L'assuré a consulté le jour même le docteur B_____, généraliste, qui a posé le diagnostic de contusion cervicale et a délivré à l'assuré un certificat médical attestant d'une incapacité de travail totale dès le lendemain.

2. La SUVA (ci-après : la SUVA ou l'intimée) a été informée du sinistre dans les jours qui ont suivi et a confirmé à l'assuré et à son employeur, par courrier du 22 octobre 2019, qu'elle allouait les prestations d'assurances légales pour les suites de l'accident du 30 septembre 2019, notamment les indemnités journalières.

3. À la demande du Dr B_____, deux IRM ont été effectuées à la clinique des Grangettes, respectivement en date du 23 octobre 2019 pour une IRM cervicale et en date du 5 novembre 2019 pour une IRM du lombo-sacré. L'IRM cervicale concluait à l'absence d'image de fracture tassement, à une soudure partielle de la synchondrose odontoïdienne, à l'étroitesse du neuroforamen droit C2-C3, à l'absence d'hernie discale et enfin à une étroitesse constitutionnelle du canal central. L'IRM du lombo-sacré concluait essentiellement à une discopathie L4-L5 avec fissuration annulaire en position médiane.

4. À la demande de la SUVA, la doctoresse C_____, médecin généraliste, a fait parvenir à cette dernière, en date du 20 décembre 2019, un rapport médical intermédiaire, posant un diagnostic de lombosciatique droite avec une amélioration des douleurs et de la raideur et un pronostic de poursuite de la rééducation. Elle relevait également une tendinite des épaules associée, bien améliorée par le repos, mais avec un risque important de récidive des douleurs à la reprise du travail. La durée prévisible du traitement était de plusieurs semaines avec une fréquence de consultation mensuelle et un traitement sous forme de paracétamol et de physiothérapie, deux fois par semaine.

5. Le Dr B_____ a transmis à la SUVA, en date du 31 décembre 2019, un rapport médical initial dans lequel il constatait, notamment, une contusion cervicale, un neuroforamen droit C2-C3 et une discopathie L4-L5. Il estimait la reprise du travail à 100% dès le 18 novembre 2019, tout en indiquant que le traitement était terminé depuis le 11 novembre 2019.

6. Par courrier du 14 janvier 2020, l'employeur de l'assuré a informé la SUVA que ce dernier avait été licencié et a invité la SUVA à payer directement l'assuré, dès le 22 janvier 2020.

7. Le médecin-conseil de la SUVA, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rédigé un avis médical du 7 janvier 2020 dans lequel il constatait une discopathie étagée cervicale et lombaire présente avant l'accident, ne constatait pas d'atteinte traumatique fraîche objectivée sur l'imagerie, estimait la date du statu quo sine à six mois au maximum après l'accident et considérait qu'en ce qui

concernait les épaules la causalité naturelle avec les événements déclarés était possible mais sans plus.

8. Par courrier du 7 janvier 2020, la SUVA a informé l'assuré qu'après consultation de son médecin-conseil, il n'apparaissait pas qu'il existât un lien de causalité certain, ou du moins probable, entre l'accident du 30 septembre 2019 et les troubles aux épaules qui avaient été signalés par l'assuré. Dès lors, la SUVA informait l'assuré qu'elle ne pouvait pas allouer de prestations d'assurances pour ces troubles. Par courrier du même jour elle confirmait, par ailleurs, à l'assuré, qu'elle allouait les prestations d'assurances concernant les troubles de la santé au dos et au cou.

9. Par décision du 5 mars 2020, la SUVA a annoncé à l'assuré la suppression des prestations d'assurance au 31 mars 2020, aussi bien en ce qui concernait les frais de traitement que le versement des indemnités journalières. Selon la SUVA, à compter du 1er avril 2020, la prise en charge de l'incapacité de travail et celle du traitement médical relevait désormais de l'assurance-maladie. Ladite décision était justifiée par le fait que la SUVA considérait comme établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assuré ne souffrait plus des séquelles de l'accident. Selon l'appréciation du médecin-conseil, les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident, mais seraient survenus, tôt ou tard, même sans l'accident, par suite de l'évolution ordinaire d'un état pathologique préexistant. Selon le médecin-conseil, l'état de santé, tel qu'il aurait été sans l'accident, pouvait être considéré comme atteint, à six mois de l'événement accidentel au plus tard.

10. L'assuré a fait opposition à la décision en date du 14 mars 2020, au motif que son arrêt de travail se poursuivait jusqu'au 21 mars 2020 après quoi il devait encore consulter son médecin et faire une IRM.

11. Par décision sur opposition du 23 juin 2020, la SUVA a écarté l'opposition de l'assuré et a confirmé la précédente décision du 5 mars 2020, avec la même motivation, renvoyant l'assuré à s'adresser à son assurance-maladie.

12. Par écriture du 13 août 2020, postée le jour même, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 23 juin 2020. Il alléguait que son retour au travail était toujours impossible à l'heure actuelle comme cela était mentionné dans un rapport médical du 28 avril 2020. Il a rappelé qu'il ne pouvait plus exercer son activité antérieure et qu'il souhaitait des mesures de réadaptation. Il a conclu à l'annulation de la décision rendue le 23 juin 2020 et à ce que la SUVA soit condamnée à lui payer les prestations au-delà du 31 mars 2020 et jusqu'à sa guérison. De surcroît, le recourant a demandé qu'une expertise soit ordonnée. À l'appui de son recours, l'assuré a produit, notamment, les pièces suivantes :

    - une attestation de la Dresse C_____, datée du 6 novembre 2020, selon laquelle l'état de santé de l'assuré serait amélioré par une reprise de son activité professionnelle à mi-temps, après la réalisation d'une infiltration épidurale pour une discopathie sur canal rétréci en L4-L5 ;

- un rapport d'IRM de la colonne cervicale de l'assuré, daté du 11 novembre 2020 et rédigé par la doctoresse E_____, concluant notamment à l'absence de signes de compression médullaire ou de myélopathie ;
- un rapport médical daté du 20 novembre 2020, rédigé par le docteur F_____, neurochirurgien, suite à la consultation ambulatoire de l'assuré en date du 11 novembre 2020. Le médecin diagnostiquait une cervicalgie post-traumatique avec paresthésies récentes dans le membre supérieur droit, non déficitaire, mentionnant l'accident de travail du 1er octobre 2019 (recte : 30 septembre 2019). À titre de diagnostic secondaire, il était rappelé une fracture du cubitus gauche, ainsi que de la clavicule gauche dans les années 1990. L'IRM cervicale du 11 novembre 2020 faisait apparaître une discarthrose étagée, particulièrement des segments supérieurs, avec uncarthrose C2, C3 à droite et C3, C4 bilatérale, cyphose C2, C3, C4, absence de signaux inflammatoires aigus, canal large, absence de myélopathie. Dans le cadre de la prise en charge, le Dr F_____ mentionnait qu'une IRM récente ne montrait pas de pathologie traumatique, mais une discopathie L4-L5 protusive, non conflictuelle, ainsi que des cervicalgies qui persistaient. Il ajoutait que l'IRM cervicale du 11 novembre 2020 montrait une pathologie dégénérative C2, C3, C4 particulièrement. Le traitement restait conservateur et il était conseillé à l'assuré de garder une activité physique, tout en mentionnant que son activité professionnelle n'était plus compatible avec la situation actuelle qui nécessitait des hyperextensions répétitives de la nuque. Il lui était donc conseillé de changer d'activité professionnelle.

13. Par réponse du 17 septembre 2021, la SUVA a conclu au rejet du recours. Elle a rappelé, d'une part, que le raisonnement fondé sur l'adage « post hoc, ergo propter hoc » ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante et, d'autre part, qu'aucun élément médical propre à remettre en cause les appréciations du médecin de la SUVA n'était allégué par le recourant, et que dans ces circonstances une expertise était superflue. Enfin, la présence d'une seule contusion revêtant la qualité de lésion traumatique démontrait que l'effet de celle-ci avait largement disparu après six mois et que si la guérison avait nécessité plus de temps, cela devait être mis sur le compte des seuls troubles dégénératifs.

14. Par courrier du 14 octobre 2020, posté le jour même, l'assuré a répliqué, alléguant que la décision attaquée était fondée sur « des faits non médicaux » et qu'il n'avait pas fait l'objet d'une convocation pour une visite médicale approfondie.

15. Par duplique du 28 octobre 2020, la SUVA a relevé que l'assuré n'alléguait aucun élément nouveau dans sa réplique et a maintenu ses conclusions visant au rejet du recours.

16. Par courrier non daté, mais reçu par la chambre de céans le 7 décembre 2020, le recourant a fait valoir ses difficultés financières tout en mentionnant qu'il était disposé à travailler si on lui trouvait une activité adéquate.

17. Sur ce, 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. 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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pour la période du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA), le recours est recevable.

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de cesser le paiement des prestations d'assurance-accidents, dès le 1er avril 2020.

6. 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, ATF 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

   Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de

causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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.

7. 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).

   Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après 3 ou 4 mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2).

S’agissant de l’aggravation d’un état antérieur dégénératif au niveau de la colonne vertébrale, le statu quo sine est dans la règle atteint après 6 ou 9 mois, mais au plus tard après un an (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid.4.2).

8. 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).

9. a. 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).

   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 (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).

   c. 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. Etant 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).

d. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L’importance de l’examen personnel de l’assuré par l’expert n’est reléguée au second plan que lorsqu’il s’agit, pour l’essentiel, de porter un jugement sur des éléments d’ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s’avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d’un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

e. 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; 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).

10. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

    Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

11. 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. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. 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).

13. En l'espèce, le recourant conteste la date retenue par l'intimée pour fixer la fin de la causalité entre l'accident et les troubles de la santé.

    À cet égard, le recourant critique le fait que le médecin-conseil ne l'ait pas examiné. Toutefois, comme cela ressort de la jurisprudence mentionnée *supra*, une consultation n'est pas nécessaire si l'avis médical se fonde sur des appréciations qui ont été rédigées par des médecins ayant pu examiner l'assuré. C'est le cas en l'espèce, dès lors que l'avis du Dr D_____ est fondé sur les IRM, ainsi que sur les appréciations des docteurs B_____ et C_____ qui ont personnellement examiné le recourant. Ce grief doit dès lors être écarté.

    On ne discerne pas de contradiction entre l'avis du médecin-conseil, le Dr D_____, et le rapport médical du Dr B_____. Ce dernier a écrit dans son rapport initial LAA du 31 décembre 2019 qu'il considérait le patient comme guéri, dès le 18 novembre 2019.

    La Dresse C_____ a prolongé les certificats d'arrêt de travail de l'assuré pour raison de santé, jusqu'au 30 juin 2020, en indiquant sur le certificat « en rapport avec l'accident de travail du 30 septembre 2019 », mais sans fournir de détails sur la causalité entre les troubles de la santé de l'assuré et l'accident du 30 septembre 2019, notamment quant à l'existence d'éléments dégénératifs avant l'accident en question. Dans son attestation du 24 juillet 2020, la Dresse C_____ confirme que son patient n'était pas suivi pour des lombalgies chroniques avant son accident du 30 septembre 2019. Cela n'est toutefois pas suffisant, au degré de la vraisemblance prépondérante, pour établir un lien de causalité entre les lombalgies dont se plaint le recourant et l'accident, étant rappelé que la gaine de climatisation a touché la tête de l'assuré, mais pas son dos et qu'aucune fracture tassement n'a été révélée par l'IRM du 23 octobre 2019, effectuée trois semaines après l'accident.

    Le rapport médical du 20 novembre 2020, établi par le Dr F_____ à la demande de l'assuré et transmis à la Dresse C_____, confirme qu'à la lecture de l'IRM de la colonne cervicale du 11 novembre 2020, l'imagerie ne montre pas de pathologie traumatique, mais une discopathie L4-L5. Le Dr F_____ confirme également l'existence d'une pathologie qu'il qualifie de « dégénérative C2-C3-C4 » et recommande un traitement conservateur.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il n'existe pas d'élément sérieux de contradiction entre l'avis médical du médecin-conseil de la SUVA et les avis des autres médecins qui pourrait conduire à ordonner une expertise judiciaire, étant rappelé que selon la jurisprudence, le médecin traitant, soit la Dresse C_____, 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). L'absence de doute sérieux quant aux appréciations du médecin-conseil de la SUVA conduit la chambre de céans à considérer la demande d'expertise judiciaire comme superflue et à l'écarter.

En se fondant sur l'appréciation des éléments médicaux présents au dossier, notamment l'existence de troubles dégénératifs antérieurs à l'accident et le fait qu'aucune pathologie traumatique n'est visible sur les IRM du 11 novembre 2020, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles de la santé en rapport de causalité avec l'accident du 30 septembre 2019 étaient terminés, à tout le moins à la date du 30 mars 2020.

14. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne peut que rejeter le recours.

15. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a 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. 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
Nathalie LOCHER	Philippe KNUPFER

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