RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/323/2021 **ATAS/799/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 septembre 2022

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Madame B_____, _____, à PLAN-LES-OUATES

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS - SUVA, représentée par sa division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1979, a travaillé du 15 janvier au 18 mars 2020 en tant que peintre en bâtiment auprès de l'entreprise C_____ SA, par le biais de D_____ SA. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents – professionnels ou non – auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'assurance).

b. Le 18 mars 2020, l'assuré a chuté dans les escaliers, ce qui a eu pour effet des douleurs aux cervicales, aux lombaires, ainsi qu'au genou droit.

c. La SUVA a pris en charge les suites de l'accident et recueilli diverses pièces médicales. Il ressort de son dossier que l'accident a entraîné, d'une part, des douleurs du ligament latéral interne du genou (LLI) et du ménisque interne, ainsi qu'un œdème rotulien, d'autre part, des douleurs en L3-L4 et L5, avec dermabrasion. Ont été retenus les diagnostics de contusion avec entorse cervicale et lombaire et de contusion du genou droit (cf. rapport du Dr E_____ du 8 mai 2020). Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale pratiquée le 8 juin 2020 a montré une dégénérescence discale en C5-C6, avec hernie discale de localisation médiane et paramédiane à prédominance droite en conflit avec la racine C6 droite, et une uncarthrose modérée en C6, sans rétrécissement significatif des canaux radiculaires. Quant à l'IRM lombaire et sacrée effectuée le 10 juin 2020, elle a mis en évidence des séquelles banales et modérées d'ostéochondrose juvénile en D12-L1 et une discrète réaction inflammatoire au niveau de l'interligne articulaire facettaire en L5-S1, à la limite du significatif. Aucune protrusion ou hernie discale lombaire n'a été décelée. Dans son rapport du 15 juin 2020, le Dr E_____ s'est fait le relais des plaintes de son patient, expliquant que celui-ci souffrait toujours d'une cervicalgie droite sur hernie C5-C6, avec des paresthésies irradiant à la main droite.

d. La SUVA a soumis le dossier de l'assuré à son médecin d'arrondissement, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a estimé, dans une appréciation très succincte datée du 12 août 2020, que les atteintes rachidiennes ne jouaient plus aucun rôle six mois après l'événement.

e. Par courrier du 1er septembre 2020, la SUVA a donc informé l'assuré qu'elle entendait mettre un terme à ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 20 septembre 2020, les conséquences délétères de l'accident devant être considérées comme éteintes au plus tard six mois après celui-ci.

f. L'assuré a manifesté son désaccord en arguant que les séquelles étaient « la conséquence directe de la chute subie le 18 mars 2020 », vu notamment les

conclusions du docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, du 18 août 2020.

g. La SUVA a, une nouvelle fois, soumis son cas à son médecin d'arrondissement. Dans une appréciation du 8 octobre 2020, celui-ci, a retenu, après avoir résumé les pièces au dossier, les diagnostics d'unco-cervicarthrose étagée et dégénérescence discale C5-C6 avec protrusion discale paramédiane droite, contact avec la racine C6 droite, sans expulsion discale et rétrécissement cervico-arthrosique foraminal par uncarthrose C6 bilatérale. L'événement assuré n'était pas à l'origine de la pathologie rachidienne et n'avait pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, créé de lésion anatomique. L'accident avait eu lieu près de sept mois auparavant et avait cessé de produire ses effets délétères, la pathologie étant celle d'une cervicarthrose avec conflit disco-radiculaire d'origine dégénérative.

B. **a.** Par décision du 12 octobre 2020, la SUVA a mis un terme à sa prise en charge avec effet au 20 septembre 2020, date à laquelle elle a considéré que le lien de causalité avait pris fin.

b. L'assuré s'est opposé à cette décision en se référant notamment à un courrier du 4 novembre 2020 du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main. Il faisait valoir que ses atteintes et souffrances avaient été causées par l'accident assuré.

c. Par décision du 23 décembre 2020, la SUVA a rejeté l'opposition en précisant toutefois que, dès réception du rapport d'électroneuromyographie (ENMG) évoquée dans le courrier du Dr H_____, elle se prononcerait sur le lien de causalité entre le syndrome du tunnel carpien et l'accident assuré et rendrait, cas échéant, une décision sur ce point.

C. **a.** Le 1er février 2021, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition des Drs H_____ et G_____, et, principalement, à ce que des prestations lui soient allouées au-delà du 20 septembre 2020.

En substance, il fait valoir que les atteintes qui persistent sont toujours en lien de causalité avec l'accident et invoque à l'appui de sa position le rapport du Dr H_____ du 4 novembre 2020.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Elle soutient que la procédure se limite à l'examen du droit aux prestations du recourant pour les troubles de la colonne cervicale uniquement, la question de la prise en charge du syndrome du tunnel carpien devant faire l'objet d'une décision séparée, dès réception des rapports d'ENMG. Or, l'argumentation du recourant porte exclusivement sur la causalité du syndrome du tunnel carpien.

Pour le surplus, l'intimée estime que l'avis du Dr F_____ doit l'emporter sur celui du Dr H_____, lequel ne s'est au demeurant pas prononcé sur la question faisant l'objet du litige.

Enfin, la SUVA s'est opposée à l'audition des Drs H_____ et G_____, ceux-ci s'étant prononcés sur des aspects excédant l'objet du litige.

c. Dans sa réplique le 30 avril 2021, le recourant a expliqué avoir compris, vu la formulation du courrier du 1er septembre 2020, que l'intimée avait mis fin à toutes ses prestations; il n'était alors pas question de deux procédures séparées. Par ailleurs, parmi les pièces remises en annexe à l'opposition figurait le compte-rendu d'une ENMG réalisée le 18 août 2020, dont les conclusions n'avaient jamais été remises en question.

d. Dans sa duplique du 16 juin 2021, l'intimée, se référant à une appréciation du Dr F_____ du 2 juin 2021, a laissé le soin à la Cour de céans de décider de la suite de la procédure (étendre l'objet du litige au syndrome du tunnel carpien ou laisser la SUVA statuer sur ce point, par décision sur opposition séparée).

e. Par courrier du 21 juin 2021, la Cour de céans a invité l'intimée à rendre une décision sur opposition et à la notifier formellement à l'intéressé, ajoutant qu'un délai serait ensuite accordé à ce dernier pour se déterminer. En cas de contestation, celle-ci serait considérée comme un recours à joindre au premier.

f. Par une décision sur opposition du 13 juillet 2021, l'intimée, considérant que le lien de causalité naturelle entre le syndrome du tunnel carpien et l'accident du 18 mars 2020 n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante au vu du déroulement de l'accident, a confirmé mettre un terme au versement des prestations à compter du 20 septembre 2020.

g. Un délai au 16 août 2021, prolongé au 14 septembre 2021, a été accordé à l'assuré pour indiquer à la Cour de céans s'il entendait également recourir contre la décision sur opposition du 13 juillet 2021 et, dans l'affirmative, pour motiver sa position.

h. Sans nouvelles de l'intéressé, la Cour de céans a gardé la cause 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 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 pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA), le recours est recevable.

4. En premier lieu, il convient de déterminer quel est l'objet du litige.

4.1. L'art. 52 al. 1 LPGA prévoit que les décisions peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). La procédure d'opposition est obligatoire et constitue une condition formelle de validité de la procédure de recours de droit administratif subséquente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 279/03 du 30 septembre 2005 consid. 2.2.2, in SVR 2006 ALV n° 13 p. 43 ; cf. aussi ATF 130 V 388).

L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité administrative, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi (ATF 125 V 118 consid. 2a; GRISEL, Traité de droit administratif, vol. II, p. 939). La procédure d'opposition porte sur les rapports juridiques qui, d'une part, font l'objet de la décision initiale de l'autorité et à propos desquels, d'autre part, l'opposant manifeste son désaccord, implicitement ou explicitement (ATF 119 V 350 consid. 1b et les références). L'autorité valablement saisie d'une opposition devra se prononcer une seconde fois sur tous les aspects du rapport juridique ayant fait l'objet de sa décision initiale, quand bien même la motivation de la nouvelle décision portera principalement sur les points critiqués par l'opposant. La décision sur opposition remplace la décision initiale et devient, en cas de recours à un juge, l'objet de la contestation de la procédure judiciaire (ATF 125 V 415 consid. 2; MEYER-BLASER, Der Streitgegenstand im Streit - Erläuterungen zu BGE 125 V 413, in Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, 2001, n° 17 p. 19; Meyer/von Zwehl, L'objet du litige en procédure de droit administratif fédéral, in Mélanges Pierre MOOR, 2005, p. 435 ss; Seiler, Rechtsfragen des Einspracheverfahrens in der Sozialversicherung [Art. 52 ATSG], in Sozialversicherungsrechtstagung 2007, n° 10.5 p. 99 **sv.).**

4.2. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée (ATF 131 V 164 consid. 2.1 p. 164; 125 V 413 consid. 1b et 2 p. 414). 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 être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1A, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

4.3. Le recours devant le tribunal cantonal des assurances est une voie de droit ordinaire possédant un effet dévolutif : un recours présenté dans les formes requises a pour effet de transférer à la juridiction cantonale la compétence de statuer sur la situation juridique objet de la décision attaquée. L'administration perd la maîtrise de l'objet du litige, en particulier celle des points de fait susceptibles de fonder la décision attaquée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_403/2010 du 31 décembre 2010 consid. 3.1). Il en découle en principe que l'administration n'a plus, dès ce moment, la faculté de procéder à des mesures d'instruction nouvelles ou complémentaires et ne peut modifier la décision querellée en rendant une nouvelle décision (ATF 127 V 228 consid. 2b/aa ; ATF 125 V 345 consid. 2b/aa), sauf néanmoins des mesures d'instructions simples et ponctuelles (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_403/2010 du 31 décembre 2010 consid. 3.2 ; Margit MOSER-SZELESS, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 103 ad art. 53 LPGA ; Jean MÉTRAL, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 56 ad art. 56 LPGA). Si le tribunal entre en matière et statue sur le fond, son jugement remplace la décision administrative et, en cas de recours, constitue l'objet de la contestation devant le Tribunal fédéral (ATF 111 V 58 consid. 1 ; Jean MÉTRAL, op. cit., n. 53 ad art. 56 LPGA).

4.4. La portée de l'effet dévolutif est atténuée par l'art.53 al.3 LPGA – en vertu duquel, jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours, l'assureur peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé – (ATF 136 V 2 consid. 2.5), possibilité dont l'idée à l'origine est la simplification de la procédure (économie de procédure) et qui déroge aux conditions strictes d'une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA (ATF 127 V 228 consid. 2b/bb ; Margit MOSER-SZELESS, op. cit., n. 103 et 104 ad art. 53 LPGA).

Dans un arrêt ATAS/393/2021 du 29 avril 2021, la Cour de céans a considéré qu'en vertu de l'art. 53 al. 3 LPGA, qui reprend le contenu de l'art. 58 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA – RS 172.021), l'autorité peut reconsidérer une décision ou une décision sur opposition contre laquelle un recours a été formé jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours. Selon la jurisprudence du Tribunal administratif fédéral et la doctrine majoritaire, par préavis ou réponse au sens de ces dispositions, il faut entendre la ou les déterminations que l'assureur social est invité à présenter dans le cadre de l'échange d'écritures ordonné par l'autorité de recours. La possibilité de reconsidérer s'étend jusqu'à l'échéance du délai dans lequel l'assureur social a été appelé à se déterminer pour la dernière fois, respectivement jusqu'à la fin de l'échange d'écritures, en d'autres termes jusqu'à l'échéance du délai dans lequel le

droit de procédure ou le juge l'ont autorisé à s'exprimer, pour la dernière fois. Cette application temporelle large de l'art. 53 al. 3 LPGA et de l'art. 58 al. 1 PA apparaît conforme à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Dans cet arrêt, la Cour de céans a modifié sa pratique, selon laquelle une nouvelle décision de l'autorité intimée rendue après le dépôt de sa première écriture était assimilée à une simple proposition soumise à un contrôle juridictionnel, et a considéré que dorénavant, une nouvelle décision de l'autorité intimée rendue après sa première réponse dans le cadre d'un échange d'écritures prévu par le droit de procédure ou ordonné par la chambre des assurances sociales sera considérée comme une décision, dont la chambre de céans n'aura pas à contrôler la conformité au droit si elle donne entière satisfaction à la partie recourante.

5. En l'espèce, le 12 octobre 2020, l'assurance intimée a rendu une décision mettant fin à ses prestations avec effet au 20 septembre 2020, les conséquences délétères de l'accident du 18 mars 2020 ayant été atteintes six mois après au plus tard. La décision visait les indemnités journalières et les frais de traitement, sans mention d'une atteinte en particulier.

Le rapport juridique faisant l'objet de la décision précitée est par conséquent le droit du recourant à des indemnités journalières et à la prise en charge, par l'intimée, des frais de traitement au-delà de la date du 20 septembre 2020 (cf. Jean METRAL, in Commentaire romand de la LPGA, 2018, n° 11 ad Art. 56 pour des exemples de rapports juridiques visés par une décision ou une décision sur opposition).

Le recourant s'est opposé à la décision du 12 octobre 2020, en évoquant implicitement un syndrome du canal carpien droit et une atteinte au dos.

L'assurance intimée a rendu une première décision sur opposition en date du 23 décembre 2020, par laquelle elle a nié tout lien de causalité naturelle entre les troubles engendrés par la cervicarthrose avec conflit disco-radiculaire et l'événement assuré au-delà du 20 septembre 2020. Le dispositif était le suivant : « L'opposition est rejetée ».

Force est de constater que le rapport juridique visé par cette première décision sur opposition était toujours la fin du versement de l'indemnité journalière et de la prise en charge des frais de traitement avec effet au 20 septembre 2020, l'atteinte examinée, à savoir la cervicarthrose avec conflit disco-radiculaire, ne consistant qu'en un aspect de la motivation.

C'est contre cette décision sur opposition, qui a remplacé la décision initiale, que l'assuré a interjeté recours en date du 1er février 2021.

Pendant la procédure de recours, l'assurance intimée a rendu une seconde décision sur opposition, le 13 juillet 2021, niant tout lien de causalité avec le syndrome du canal carpien et l'événement assuré, le dispositif étant le suivant : « l'opposition est rejetée ».

À nouveau, le rapport juridique visé était la fin du versement de l'indemnité journalière et de la prise en charge des frais de traitement avec effet au 20 septembre 2020, l'atteinte étudiée, à savoir le syndrome du canal carpien, ne consistant à nouveau qu'en un aspect de la motivation.

On se retrouve par conséquent en présence de deux décisions sur opposition portant sur le même objet (droit aux indemnités journalières et à la prise en charge des frais de traitement) et la même période (période postérieure au 20 septembre 2020), avec deux motivations différentes (statu quo atteint s'agissant de la cervicarthrose dans la décision sur opposition du 23 décembre 2020 et absence de lien de causalité du syndrome du canal carpien dans la décision sur opposition du 13 juillet 2021).

Conformément à l'ATAS/393/2021 du 29 avril 2021, appliqué par analogie, il convient de considérer que la décision sur opposition du 13 juillet 2021 constitue en réalité un complément à celle du 20 septembre 2020 et que l'objet du litige dans la présente procédure porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières au-delà du 20 septembre 2020, et principalement sur la date du retour à un *statu quo* de l'atteinte cervicale. Dans un souci d'exhaustivité, vu la procédure particulière suivie par la SUVA et le fait que le recourant agit désormais en personne, la Cour de céans examinera toutefois également la question du lien de causalité entre l'accident du 18 mars 2020 et le syndrome du canal carpien.

6.

6.1. 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 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.

6.2. 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).

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).

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 ; voir 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 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002).

Selon la doctrine médicale, résumée par le Tribunal administratif du canton de Fribourg dans son arrêt du 11 juillet 2002 publié in RJ 2002 n°1548 consid. 10, plusieurs critères doivent être cumulativement réalisés pour que l'origine traumatique d'une hernie discale puisse tout de même être retenue. Ces critères sont les suivants :

- le mécanisme d'accident doit être adéquat et propre à causer une hernie discale (p. ex. chute d'une hauteur élevée, comportant une réclination massive du rachis lombaire, ou plus rarement une flexion de celui-ci);
- les symptômes caractéristiques (lombosciatalgie) doivent apparaître immédiatement;
- le patient doit être asymptomatique avant l'événement incriminé;
- le segment impliqué doit présenter pour le moins sur le plan radiologique une structure intacte (absence de traces arthrosiques).

Les médecins-conseils des assureurs-accidents ont eu l'occasion de résumer ces critères de la manière suivante, convaincante pour le Tribunal fédéral (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 4.1 et 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 6.2). Ainsi, pour admettre une relation de causalité pour le moins partielle (dans la mesure où généralement le disque est déjà porteur d'une altération dégénérative) entre un accident et le développement d'une hernie discale, il faut que trois critères soient remplis :

- il doit s'agir d'un mécanisme accidentel «adéquat», ayant induit une hyper flexion ou une hyperextension forcée du rachis;
- les symptômes caractéristiques (radiculaires ou médullaires) doivent apparaître immédiatement après le traumatisme;
- le patient doit être asymptomatique avant l'accident.

Enfin, le Tribunal fédéral des assurances a résumé la situation dans un arrêt U 179/03 du 7 juillet 2004 (consid. 4.4.2). Il a considéré que des critères très stricts devaient être remplis pour que l'on admette une relation de cause à effet

entre un accident et un prolapsus discal (traumatisme important sur le rachis en mesure de déchirer un disque sain, relation temporelle étroite avec apparition immédiate des douleurs après l'accident, anamnèse pré-traumatique vierge de tous symptômes, premières radiographies après l'accident sans aucune image d'altération dégénérative au niveau du segment concerné). Ces conditions ne sont pratiquement jamais remplies, hormis cas exceptionnels. Dès lors, il faut toujours se baser sur l'idée d'une aggravation transitoire et non définitive, même si la douleur apparue après un traumatisme accidentel suggère au patient un lien étroit, voire même étiologique entre le traumatisme et les symptômes. Si l'on doit admettre après un événement « adéquat » une influence étiologique partielle, il est recommandé de considérer que les troubles engendrés sont la conséquence d'un traumatisme pour une période s'échelonnant d'une demi-année à une année. En tout état de cause, un traumatisme agissant essentiellement ou avant tout en direction axiale, par exemple sous forme d'une chute de sa propre hauteur n'est pas considéré comme « adéquat ». De surcroît, il est actuellement admis qu'une lombalgie chronique se développant après un traumatisme qui n'a provoqué aucune lésion structurelle au niveau du squelette axial ne doit pas être attribuée à une cicatrisation tissulaire insuffisante, mais bien plutôt au fait que la douleur est entretenue par d'autres facteurs, la plupart du temps sous forme de constellation psychosociale défavorable. Par ailleurs, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme.

7.

7.1. 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).

7.2. 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).

7.3. 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).

7.3.1. 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).

7.3.2. 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).

7.3.3. En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de

procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

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. Celui qui réclame des prestations de l'assurance-accidents doit rendre plausible que les éléments d'un accident sont réunis. S'il ne satisfait pas à cette exigence, en donnant des indications incomplètes, imprécises ou contradictoires, qui ne rendent pas vraisemblable l'existence d'un accident, l'assurance n'est pas tenue de prendre en charge le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_832/2017 du 13 février 2018 consid. 3.2). S'il y a litige, il appartient au juge de dire si les diverses conditions de l'accident sont réalisées. Lorsque l'instruction ne permet pas de tenir un accident pour établi ou du moins pour vraisemblable, il constatera l'absence de preuves ou d'indices pertinents et, par conséquent, l'inexistence juridique d'un accident (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 2a).

Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.1 et U 267/01 du 4 juin 2002 consid. 2a).

En droit des assurances sociales, on applique de manière générale la règle dite des « premières déclarations ou des déclarations de la première heure », selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_388/2017 du 6 février 2018 consid. 4.2).

8.3. 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 ; ATF 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, ATF 122 V 157 consid. 1d).

9.

9.1. 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).

9.2. 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).

10.

10.1. En l'espèce, le 18 mars 2020, le recourant a chuté dans les escaliers et s'est heurté le dos et le genou droit sur une marche, ce qui a entraîné, d'une part, des douleurs du ligament latéral interne du genou (LLI) et du ménisque interne, ainsi qu'un œdème rotulien, d'autre part, des douleurs en L3-L4 et L5 avec dermabrasion. Les diagnostics posés ont été ceux de contusion avec entorse cervicale et lombaire et de contusion du genou droit (cf. rapport du Dr E_____ du 8 mai 2020). L'IRM cervicale pratiquée le 8 juin 2020 a montré une dégénérescence discale en C5-C6 avec hernie discale de localisation médiane et paramédiane à prédominance droite en conflit avec la racine C6 droite et une uncarthrose modérée en C6 sans rétrécissement significatif des canaux radiculaires. Quant à l'IRM lombaire et sacrée effectuée le 10 juin 2020, elle a mis en évidence des séquelles banales et modérées d'ostéochondrose juvénile en D12-L1 et une discrète réaction inflammatoire au niveau de l'interligne articulaire facettaire en L5-S1, à la limite du significatif. Aucune protrusion ou hernie discale lombaire n'ont été décelées. Dans son rapport du 15 juin 2020, le Dr E_____ a indiqué que son patient souffrait toujours d'une cervicalgie droite sur hernie C5-C6, avec des paresthésies irradiant à la main droite. Le 10 septembre 2020, le Dr E_____ a confirmé l'existence d'une hernie en C5-C6 et évoqué une persistance des cervicorachialgies, irradiant aux épaules, avec vertiges et céphalées, précisant encore que le patient ne mentionnait aucune douleur avant l'accident.

Il convient d'examiner si c'est à juste titre que le Dr F_____ a nié, au-delà du 20 septembre 2020, tout lien de causalité entre l'accident assuré et les troubles au niveau du rachis dont souffre encore le recourant.

Avant tout, on relèvera que le raisonnement du Dr E_____, qui semble retenir, dans son rapport du 10 septembre 2020, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et la hernie discale, au motif que son patient était asymptomatique avant cet événement repose sur l'adage « post hoc ergo propter hoc », lequel ne permet pas, selon la jurisprudence, d'établir un tel lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 4.3).

Cela étant précisé, force est de constater que, quoi qu'il en soit, l'accident assuré, soit une chute dans les escaliers, ne peut avoir causé les hernies discales dont souffre le recourant compte tenu de la jurisprudence en la matière (voir supra consid. 6b). En effet, ni l'accident assuré, ni les blessures subies ne revêtent une importance particulière, le recourant n'ayant notamment pas subi de lésion structurelle ou neurologique dans les suites immédiates de l'accident, ce qui tend à démontrer que les forces qui se sont développées lors de la survenance du choc n'étaient pas particulièrement importantes. Par conséquent, comparé aux événements relatés par la jurisprudence, propres à provoquer la survenance

d'une hernie discale (tels qu'une chute libre d'une hauteur importante, un saut de 10 mètres de hauteur, une chute notamment avec port de charges, un télescopage à grande vitesse; voir l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.2 et les références), l'accident du 18 mars 2020 a été relativement modéré. De plus, les premières radiographies après l'accident ont montré une dégénérescence discale en C5-C6 avec hernie discale de localisation médiane et paramédiane à prédominance droite en conflit avec la racine C6 droite et une uncarthrose modérée en C6 sans rétrécissement significatif des canaux radiculaires.

Par conséquent, dans la mesure où à tout le moins deux des conditions prévues par la jurisprudence ne sont pas réalisées (cf. consid. 6.3 supra), il doit être considéré que l'accident du 18 mars 2020 n'a pu causer la hernie discale dont souffre le recourant. Celui-ci ne le prétend d'ailleurs pas vraiment.

On se trouve en réalité dans le cas d'une hernie discale qui a été simplement décompensée. Or, dans un tel cas, l'assurance-accidents doit prendre en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel et la preuve médicale de la causalité naturelle 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. L'examen de valeur probante des conclusions du Dr F_____ est par conséquent superflu, dès lors que la présomption jurisprudentielle trouve application.

En retenant que les suites délétères de l'accident ont cessé six mois après l'accident, l'intimée est en accord avec la présomption jurisprudentielle. Certes, celle-ci prévoit une fourchette – entre six et douze mois – mais tant que l'intimée reste dans ladite fourchette et qu'aucun élément médical ne permet de s'en écarter, la Cour de céans ne peut que confirmer le retour à un *statu quo* six mois après l'accident assuré et, par conséquent, la suppression du droit aux prestations dès le 20 septembre 2020.

10.2. S'agissant du syndrome du canal carpien, l'assurance intimée s'est fondée sur le rapport de son médecin d'arrondissement, le Dr F_____, daté du 2 juin 2021, pour nier tout lien de causalité avec l'accident assuré.

Il s'agit d'examiner la valeur probante de ce rapport.

À cet égard, il y a lieu de relever préalablement que le fait qu'il s'agisse d'un rapport sur dossier ne constitue pas un motif pour lui nier toute valeur probante, dans la mesure où le dossier comporte suffisamment de pièces médicales.

Cela étant précisé, force est de constater que le rapport du Dr F_____ du 2 juin 2021 remplit sur le plan formel les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, il contient le résumé du dossier, sur la base duquel ce médecin a examiné le déroulement de l'accident.

Sur le fond, le médecin d'arrondissement a retenu, au vu des explications données par le recourant et des pièces du dossier, notamment les rapports des médecins ayant examiné l'assuré, qu'aucun traumatisme au niveau de l'avant-bras, du poignet ou de la main droite n'était évoqué. L'ensemble des événements déclarés concernaient un choc à l'épaule, avec répercussions sur la colonne cervicale, cervico-arthrosique. Dans cette mesure, le lien de causalité entre l'accident assuré et le syndrome du canal carpien n'était que possible. Ces conclusions emportent la conviction de la Cour de céans, d'autant plus que le recourant a renoncé à se déterminer sur les conclusions du Dr F_____.

Au vu de ce qui précède, les conclusions du Dr F_____ sont convaincantes, de sorte qu'il y a lieu de confirmer l'absence de lien de causalité naturelle avec l'accident assuré et le syndrome du tunnel carpien et ce, dès le début.

10.3. Compte tenu des considérations qui précèdent, c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 20 septembre 2020.

En effet, si le choc a vraisemblablement décompensé les hernies discales dont souffre le recourant, les effets délétères ne sont en lien de causalité avec l'accident assuré que pendant les six premiers mois. Par ailleurs, vu le déroulement de l'accident et compte tenu notamment de l'absence de choc au niveau de l'avant-bras, du poignet ou de la main, le lien de causalité entre l'accident assuré et le syndrome du tunnel carpien n'est pas rendu vraisemblable.

11. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

Le recourant, bien qu'ayant été représenté par un avocat, n'a pas droit à une indemnité de procédure dans la mesure où il succombe (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Par ailleurs, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont en principe pas le droit à une indemnité de dépens (ATF 126 V 149 consid. 4).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis a contrario 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	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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