RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/450/2022 **ATAS/140/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 mars 2023

5ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Madame B_____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Guillaume ETIER	recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG	intimée

Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs.

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en _____ 1970, travailleur indépendant et gérant de sa société C_____, a été victime d'un accident en date du 11 décembre 2019. Il a consulté le docteur D_____, généraliste. Dans la déclaration de sinistre il a mentionné qu'il avait trébuché sur un outil et était tombé par terre, du côté droit.

b. La SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA ou l'intimée) a confirmé la prise en charge des suites de l'événement du 11 décembre 2019, par courrier du 14 janvier 2020.

c. Lors d'un entretien téléphonique entre l'assuré et un gestionnaire de la SUVA, en date du 21 février 2020, l'assuré a déclaré que son état ne s'était pas amélioré et qu'il ressentait des douleurs à la tête et aux oreilles, surtout à l'oreille droite. Il a mentionné qu'il avait fait une IRM en date du 19 février 2020 et qu'il devait revoir son médecin traitant, le Dr D_____.

d. Selon le rapport d'IRM de la colonne cervicale rédigé par le docteur M. E_____, radiologue, en date du 19 février 2020, il existait une discopathie au niveau de C4-C5 et C5-C6, à prédominance antérieure, associée à une hernie discale médiane, avec irritation radiculaire surtout à droite ; une légère protrusion discale C6-C7, sans compression médullaire, et des kystes méningés de type I, étagés de la colonne cervicale basse et dorsale haute.

e. S'agissant des troubles auditifs, notamment la présence d'acouphènes, une IRM cérébrale avec étude des conduits auditifs internes et angles ponto-cérébelleux avec séquence angiographique a été effectuée en date du 19 février 2020 par le docteur F_____, radiologue.

f. Dans son rapport initial LAA, daté du 19 juin 2020 et destiné à la SUVA, le Dr D_____ a noté les plaintes du patient, soit la présence d'acouphènes, des céphalées ainsi que des douleurs et raideurs cervicales. Il a constaté des troubles de l'acuité auditive et a diagnostiqué des cervicalgies. Il a estimé l'incapacité de travail de l'assuré à 100% dès l'événement, puis à 80% dès le 1er mai 2020, puis à 70% dès le 1er juin 2020.

g. À la demande du Dr D_____, le Dr E_____ a procédé à un scanner de la colonne cervicale, en date du 21 novembre 2020. Dans ses conclusions, le radiologue a mentionné une discarthrose au niveau de C4-C5, C5-C6 et plus marquée au niveau de C6-C7 ; une hernie discale modérée à composante mixte, au niveau de C5-C6 et C6-C7 avec des petits becs d'ostéophyte postérieure plus marqués à gauche.

h. À la demande du médecin traitant de l'assuré, la SUVA a soumis le cas à l'un de ses médecins-conseils ORL, pour les troubles acoustiques. S'agissant des cervicalgies, la doctoresse Géraldine G_____, médecin-conseil de la SUVA,

s'est prononcée, dans un court rapport du 3 mai 2021, et a confirmé les conclusions de l'IRM cervicale du 11 décembre 2019 ; elle a répondu « possiblement » à la question de la SUVA « est-ce que l'accident a causé, avec un degré de vraisemblance prépondérante, d'autres lésions structurelles et objectivables ? ». Questionnée sur les éventuelles séquelles au niveau de la colonne cervicale/dorsale de l'accident du 11 décembre 2019, elle a précisé que, du point de vue du rachis, il s'agissait d'une aggravation transitoire d'une atteinte préexistante, pour une durée maximale de six à neuf mois, soit au plus tard le 11 septembre 2020. Selon le médecin-conseil, l'événement du 11 décembre 2019 avait cessé de déployer ses effets depuis de nombreux mois.

i. Par courrier du 27 avril 2021, la SUVA a informé l'assuré qu'une capacité de travail totale dans son activité professionnelle avant l'accident était possible, dès maintenant et que l'assuré était désormais considéré comme apte à travailler à 100%, dès le 1er mai 2021, conformément au certificat médical du 9 avril 2021 établi par le Dr D_____. L'indemnité journalière serait donc allouée en conséquence et une décision susceptible de recours pouvait être rendue sur demande.

j. Suite au rapport du médecin-conseil, la SUVA a informé l'assuré, par courrier du 4 mai 2021, que l'accident du 11 décembre 2019 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles cervicaux et au dos et qu'à dater du 16 mai 2021, la SUVA allait stopper le paiement des soins médicaux pour les cervicales et le dos.

k. En parallèle, le médecin-conseil ORL de la SUVA, le docteur H_____, médecin du travail et médecin spécialiste FMH ORL, a rendu un rapport médical du 19 mai 2021 dans lequel il a confirmé que d'un point de vue ORL, l'assuré était intégralement apte à travailler, au plus tard, à compter du 1er mai 2021. L'état définitif était atteint et aucune amélioration de l'état de santé n'était à escompter d'un autre traitement médical.

B. **a.** Par décision du 8 juin 2021, la SUVA a confirmé à l'assuré que d'un point de vue ORL l'assuré était apte à travailler au plus tard à compter du 1er mai 2021 car l'état définitif était atteint et aucune amélioration de l'état de santé n'était à escompter d'un autre traitement médical. D'une façon plus générale, les termes de la lettre du 27 avril 2021 étaient maintenus et la SUVA considérait que l'incapacité de travail se terminait au 30 avril 2021.

b. Par courrier de son mandataire du 9 juillet 2021, l'assuré a fait opposition à la décision du 8 juin 2021. En substance, il contestait que les troubles cervicaux et les céphalées aient cessés de déployer leurs effets et considérait que sa capacité de travail était restreinte à 50%, dans toute activité, même adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès lors que les traitements en lien avec les cervicalgies et les céphalées n'étaient pas terminés et devaient être pris en charge par la SUVA, sans compter qu'une invalidité devait lui être reconnue, donnant ainsi droit à une rente ainsi qu'à une IPAI.

c. Par décision sur opposition du 6 janvier 2022, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et a confirmé la décision du 8 juin 2021, soit que les troubles cervicaux et du dos n'étaient plus en relation de causalité avec l'événement du 11 décembre 2019 et que les troubles de l'ouïe avaient cessé de déployer leurs effets à compter du 1er mai 2021. La détermination de la SUVA reposait notamment sur les appréciations de son médecin-conseil, la Dresse G_____, selon lesquelles les signes de discopathie C4-C5 et C5-C6 ainsi que la légère protrusion discale C6-C7 étaient déjà présents avant l'accident. Dès lors, ce dernier n'avait pu provoquer qu'une aggravation transitoire d'une atteinte préexistante, pour une période maximale de neuf mois. La SUVA constatait notamment que l'assuré n'avait apporté aucun moyen de preuve, ni au moment de l'instruction, ni lors de l'opposition, qui permettait de mettre en doute son appréciation médicale.

C. **a.** Par acte de son mandataire posté en date du 7 février 2022, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition du 6 janvier 2022 et a conclu, préalablement à l'audition de l'assuré et à ce qu'une expertise soit ordonnée et confiée à un médecin indépendant, chirurgien orthopédiste FMH et spécialiste des affections du rachis. A titre principal, le recourant concluait à l'annulation de la décision et à ce que la SUVA soit condamnée à lui verser une rente d'invalidité de 50%, rétroactivement depuis le 1er août 2021, en rapport avec les troubles cervicaux et les céphalées, ainsi qu'à payer une IPAI complémentaire relative à ses troubles du rachis, le tout sous suite de frais et dépens.

b. Par mémoire de réponse de son mandataire, posté le 11 mars 2022, la SUVA a conclu au rejet du recours au motif que, selon les imageries réalisées au niveau des cervicales et du dos, il n'existait aucune lésion structurelle, de telle sorte que l'accident n'avait pu provoquer qu'une aggravation transitoire d'une atteinte préexistante, pour une période maximale de neuf mois. Dès lors la décision de mettre un terme à la prise en charge des soins médicaux relatifs aux troubles dorsaux, avec effet au 16 mai 2021 au soir, était parfaitement justifiée et allait bien au-delà des délais habituels pour ce type de troubles.

c. Par réplique du 9 mai 2022, le conseil du recourant a fait valoir que, bien qu'ayant chuté de sa propre hauteur, le recourant avait percuté le sol avec sa tête, après avoir trébuché, ce qui avait causé d'importantes cervicalgies et des troubles du rachis. La violence du choc était, par ailleurs, confirmée par la perte de l'ouïe de l'oreille droite. Par ailleurs, les compétences de la Dresse G_____ étaient mises en doute, cette dernière n'étant qu'une « simple cheffe de clinique », et ne disposant que de peu d'années d'expérience, et uniquement dans le domaine de la chirurgie viscérale thoracique et de l'urologie. Dès lors, une expertise judiciaire orthopédique était indispensable.

d. Par duplique du 17 mai 2022, le mandataire de la SUVA a rappelé qu'en ce qui concernait l'argument du choc sur l'oreille droite, le recourant souffrait déjà d'atteinte au niveau de son oreille droite avant l'accident, ce qui relativisait l'argument de la violence du choc sur le côté droit. En ce qui concernait

l'appréciation médicale de la Dresse G_____, il était rappelé que cette dernière s'était prononcée après avoir examiné l'IRM qui était par ailleurs très claire et qui ne révélait aucune lésion structurelle à la suite de l'accident du 11 décembre 2019. Dès lors, une expertise judiciaire orthopédique n'était pas justifiée. Enfin, l'intimée relevait qu'à compter du 1er mai 2021, le recourant présentait à nouveau une entière capacité de travail et que ses troubles ORL n'étaient plus invalidants depuis cette date, ce qui avait d'ailleurs été confirmé par son médecin traitant, le Dr D_____. S'agissant des troubles du rachis ils n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident de 2019, depuis le 17 mai 2021.

e. Lors de l'audience de comparution personnelle du 2 février 2023 appointée par la chambre de céans, le recourant a expliqué que, depuis l'âge de 20 ans, il avait toujours travaillé dans le bâtiment. Lorsqu'il était arrivé en Suisse, en 2011, il avait d'abord travaillé dans le bâtiment, dans les différents domaines de la construction soit, la peinture, l'étanchéité, le carrelage, la maçonnerie, les parquets, les Placoplatre et, d'une façon générale, dans tout ce qui correspondait aux besoins des différents chantiers. Lorsqu'il avait fondé sa propre société de construction dans le domaine du bâtiment en 2016, il en était le seul employé et s'occupait de tous les travaux. Il faisait appel à une ou deux personnes pour l'aider, suivant le chantier sur lequel il travaillait. Il confirmait que lors de sa chute, il était bel et bien tombé sur un matériau d'isolation, soit de la laine de verre. Il convenait que c'était un matériau mou, susceptible d'absorber le choc, mais précisait qu'il n'y avait pas suffisamment d'épaisseur pour amortir le choc. Il expliquait à nouveau qu'il était tombé sur l'épaule droite et que sa tête avait cogné l'isolant en laine de verre qui était posé sur le sol. S'agissant de ses problèmes ORL, il précisait qu'il avait déjà eu des soucis avec son oreille droite en 2013 et avait souffert d'une gêne pendant cinq à six mois puis cette gêne avait disparu. S'agissant des douleurs dorsales, il admettait qu'avant d'être son propre patron, lorsqu'il travaillait comme ouvrier, il devait manipuler des matériaux lourds, des briques des parpaings, des sacs de ciment qu'il transportait en les prenant devant lui ou en les posant sur l'épaule, ainsi que des rouleaux de matériaux d'étanchéité qui étaient particulièrement lourds. Il précisait aussi avoir dû travailler dans des positions où il se trouvait parfois en porte-à-faux.

Appelé à préciser si ses prétentions portaient uniquement sur les douleurs dorsales ou également sur les problèmes ORL, le recourant a déclaré que ses prétentions contre la SUVA ne concernaient que ses douleurs à la nuque, les cervicalgies C4 à C7. Il pensait que ses douleurs étaient dues uniquement à la chute du 11 décembre 2019 car auparavant, il n'avait pas ressenti de douleurs dans les cervicales. Il ajoutait souffrir de maux de tête, de douleurs qui irradiaient depuis la base du cou jusqu'au sommet du crâne ainsi que depuis la base du cou jusqu'à l'épaule droite, en désignant le muscle supra épineux et la scapula.

En fin d'audience, le mandataire du recourant a insisté sur la nécessité d'ordonner une expertise orthopédique alors que le mandataire de la SUVA a confirmé que le

médecin-conseil de cette dernière, soit la Dresse G_____, avait suffisamment d'expérience dans ce genre de cas pour se déterminer sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre une expertise judiciaire.

f. La cause a ensuite été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

g. Les autres faits seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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.

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

4. Le litige porte uniquement sur le lien de causalité entre les cervicalgies, douleurs dorsales et céphalées et l'accident du 11 décembre 2019, ainsi que la date de fin des prestations arrêtée par la SUVA ; le règlement des troubles ORL par la SUVA n'est pas contesté par le recourant.

5. 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. 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).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale,

apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

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).

Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.1).

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).

Le lien de causalité naturelle entre un accident et une hernie a notamment été nié dans les cas suivants : une chute dans un escalier n'est pas la cause d'une hernie discale, lorsque l'assuré souffrait déjà d'une discopathie avant l'accident et que celle-ci a été aggravée de 15% environ par la chute, dès lors que l'accident ne peut être qualifié d'événement sans lequel le dommage ne se serait pas produit (RAMA 1986 n° K 703 p. 473 et ss, consid. 2b) ; lorsque l'assuré souffrait depuis plusieurs années d'une modification dégénérative du tissu conjonctif de l'anneau extérieur du disque intervertébral et qu'il est pratiquement sûr que la hernie discale puisse être attribuée à ce dommage du disque intervertébral (RAMA 1990 n° K 849 p. 325).

7. 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).

8. **8.1** 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).

8.2 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

8.3 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères: s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une

expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

8.4 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).

8.5 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).

8.6 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

9. 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).

10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 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 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).

12. En l'espèce, le recourant considère que les troubles de la santé au niveau de sa nuque et de son dos sont toujours en lien de causalité avec l'accident du 11 décembre 2019 et que l'intimée doit continuer à prester au-delà du 16 mai 2021.

La SUVA, de son côté, estime qu'il n'existe plus de lien de causalité entre l'événement du 11 décembre 2019 et les cervicalgies rapportées par le recourant et qu'elle est dans son droit de mettre fin au paiement de ces prestations dès le 17 mai 2021.

12.1 Il convient tout d'abord de rappeler les circonstances de l'accident, à savoir une chute de l'assuré sur le côté droit.

Ce dernier se fonde sur les troubles à l'oreille droite pour soutenir que le choc sur le sol a été violent. Néanmoins, il ressort du rapport rendu par le Dr H_____, en date du 19 mai 2021, que l'assuré souffrait déjà d'acouphènes à l'oreille droite depuis 2013 et pas seulement depuis l'accident, comme cela est confirmé par le docteur I_____, spécialiste ORL. Le médecin-conseil ajoute que « le fait que Monsieur A_____ demeure, selon le certificat du Dr D_____, daté du 9 avril 2021, uniquement apte au travail à 50% dépasse mon entendement. Le certificat mentionne même 'pas mal' comme pronostic ».

Ces appréciations confirment que la chute n'a pas causé des acouphènes dans l'oreille droite, dès lors que ces derniers étaient déjà présents depuis 2013. Cette constatation est de nature à mettre en doute l'affirmation du recourant selon laquelle le choc résultant de la chute a été violent, ce d'autant plus que ce dernier a expliqué, lors de son audition, qu'il avait chuté sur de la laine de verre, qui est un matériau d'isolation susceptible d'amortir le choc.

12.2 En ce qui concerne les critiques du recourant sur les qualifications de la Dresse G_____, médecin conseil de la SUVA, il convient de les relativiser, dès lors que cette dernière a fondé ses conclusions sur les résultats de l'imagerie médicale, notamment un IRM et un scanner, qui ont déjà fait l'objet de deux rapports circonstanciés du médecin radiologue, ce dernier ne mentionnant aucun signe de lésion structurelle, mais décrivant une hernie discale modérée, ainsi que des petits becs d'ostéophyte, typiques de lésions dégénératives.

Il sied d'ajouter que, même si la Dresse G_____ n'a pas, elle-même, examiné le recourant, elle s'est fondée sur les pièces et rapports médicaux rédigés par des médecins ayant pu examiner le patient. Pour l'essentiel, son rôle a été de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis dès lors que des investigations médicales nouvelles s'avéraient superflues. En pareil cas, selon la jurisprudence, 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).

Les constatations de la Dresse G_____ sont par ailleurs confirmées par le médecin-conseil H_____ qui, dans son rapport daté du 19 mai 2021, ajoute encore que « l'IRM et le scanner n'ont, en outre, révélé à ce jour aucune lésion structurelle comme conséquence de l'accident. L'examen clinique n'a également révélé aucune constatation pathologique, à l'exception de la déficience auditive traumatique du côté droit ».

Les allégations du recourant lors de l'audience de comparution personnelle, selon lesquelles il n'avait jamais souffert auparavant de céphalées et de cervicalgies, ne suffisent pas à établir un rapport de causalité naturelle avec l'accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b).

Toujours selon la jurisprudence, 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, notamment des troubles de l'adaptation ou des troubles 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), étant rappelé que dans le cas d'espèce, il n'existe aucun signe de lésions structurelles au squelette, ce qui n'aurait pas manqué d'être relevé par le médecin radiologue qui a effectué l'IRM de la colonne cervicale du 20 décembre 2019 et le scanner de la colonne cervicale du 21 novembre 2020.

S'agissant des cervicalgies, le rapport consécutif au scanner de la colonne vertébrale réalisé le 21 novembre 2020 indique la présence au niveau des C5-C6 et C6-C7 de « petits becs d'ostéophyte ». Or, il s'agit d'un signe de dégénérescence et non pas de lésion consécutive à un choc, comme le confirme la littérature médicale, notamment : « Les ostéophytes sont précoces, apparaissent en général avant les autres signes d'arthrose, notamment le pincement articulaire » (Drs Pascal ZUFFEREY et Nicolas THEUMANN, « Imagerie et arthrose » in Revue Médicale Suisse – www.revmed.ch – 14 mars 2012, indd. 2).

De surcroît, il convient de tenir compte du fait que le recourant travaille dans le bâtiment depuis l'âge de 20 ans, qu'il a décrit le caractère pénible de son travail lors de l'audience de comparution personnelle et que l'on peut déduire de cette situation que le recourant n'a pas ménagé son corps, dans l'exercice de son activité professionnelle. Il est par conséquent hautement vraisemblable, chez un assuré né en 1970, que sa colonne vertébrale et cervicale présente des signes de dégénérescence antérieur à l'accident.

En ce qui concerne le laps de temps de six à neuf mois avancé par la Dresse G_____, pour fixer le statu quo sine ante, il correspond à la présomption jurisprudentielle, fondée 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).

Le recourant ne produit aucune pièce médicale susceptible de supporter ses allégations. Il communique (pièce 7) un rapport de physiothérapie, établi le 23 avril 2021 et signé par Madame J_____. Néanmoins, il faut relever que l'autrice du rapport n'est pas médecin mais physiothérapeute et que cette dernière se contente de citer les plaintes de son patient (notamment : plaintes de douleurs au niveau de la nuque) sans toutefois objectiver le lien entre la persistance des douleurs et l'accident du 11 décembre 2019.

Ce document, fondé sur les plaintes subjectives du patient et établi par une physiothérapeute n'ayant pas la qualité de médecin, ne suffit pas à rendre vraisemblables les allégations du recourant.

12.3 Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans considère que les rapports médicaux des médecins-conseils de la SUVA présentent une valeur probante et ne sont contredits par aucune autre pièce médicale. Dès lors, il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles de la santé au niveau de la nuque et du dos allégués par le recourant ne sont plus en lien de causalité avec l'accident du 11 décembre 2019.

La chambre de céans étant convaincue que les appréciations médicales des médecins-conseils de la SUVA et les pièces au dossier 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), raison pour laquelle il ne sera pas ordonné d'expertise orthopédique, étant rappelé que c'est uniquement s'il existe des indices concrets de doute quant à la fiabilité des appréciations internes à l'assureur qu'il y a lieu de procéder à des éclaircissements complémentaires (ATF 135 V 465 consid. 4.4). Ce n'est pas le cas en l'espèce, les critiques du recourant étant uniquement fondées sur ses impressions et non pas sur des éléments objectifs.

12.4 S'agissant de la date à partir de laquelle les troubles de la santé sont considérés comme terminés, il sied de constater que la SUVA a fait une distinction entre les troubles ORL et les troubles de la nuque. Elle a rappelé, dans la décision entreprise, que d'un point de vue ORL l'assuré est intégralement apte à travailler au plus tard à compter du 1er mai 2021 (décision : p. 2 let. E) et qu'à compter du 17 mai 2021, le traitement des troubles cervicaux et du dos n'était plus à sa charge (p. 2 let. D).

La date du 1er mai 2021 pour la fin des troubles ORL est confirmée en page 4 de la décision (en haut de la page) mais, comme le relève le recourant et comme cela est admis par l'intimée en page 3 de la décision querellée, la date de fin des troubles cervicaux et du dos n'est pas mentionnée dans la précédente décision du 8 juin 2021.

Néanmoins, ce point ressort clairement de la procédure, plus particulièrement du courrier du 4 mai 2021 (pièce 146) de la SUVA qui précise que « l'accident du 11 décembre 2019 ne joue plus aucun rôle dans les troubles cervicaux et au dos que vous présentez encore actuellement. (…) À compter du 17 mai 2021, le traitement médical pour ces troubles n'est donc plus à la charge de l'assurance accidents de l'assurance-maladie. Sur votre demande, nous pouvons rendre une décision susceptible de recours ».

Le recourant l'a d'ailleurs bien compris puisque dans son opposition du 9 juillet 2021, son mandataire se réfère à tous les troubles physiques, soit aussi bien les troubles ORL, que les troubles cervicaux et du dos.

Il est vrai que le recourant n'a pas demandé qu'une décision formelle soit rendue en rapport avec les troubles cervicaux et du dos, mais cette problématique a toutefois été instruite par la SUVA, dans le cadre de l'opposition du 9 juillet 2021 et comme le mentionne l'intimée, ce point « ne fait pas partie de la décision [du 8 juin 2021] querellée. Toutefois, par économie de procédure, il est inclus dans la présente procédure ».

Il convient dès lors de préciser que l'obligation de prester de la SUVA a cessé dès le 1er mai 2021, en ce qui concerne les troubles ORL et dès le 17 mai 2021 en ce qui concerne les troubles cervicaux et du dos.

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

14. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que l'obligation de prester de la SUVA, en rapport avec l'accident du 11 décembre 2019, a cessé dès le 1er mai 2021 en ce qui concerne les troubles ORL et dès le 17 mai 2021 en ce qui concerne les troubles cervicaux et du dos.
4. Dit que la procédure est gratuite.
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
Véronique SERAIN	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