

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/697/2026

ATAS/584/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 juin 2026

Chambre 5

En la cause

A_____

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique
STOLLER FULLEMANN, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né en _____1974, est employé en qualité de carreleur par la société « B_____S.A. ». Le 9 juillet 2025, alors qu'il travaillait sur un chantier, sa tête, coiffée d'un casque de protection, a heurté une barre métallique, pendant qu'il descendait un escalier.
- b.** Son employeur a rempli un formulaire de déclaration de sinistre, daté du 17 juillet 2025 et destiné à son assurance accidents SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA). Il indiquait que, dès le jour de l'accident, l'assuré s'était retrouvé en incapacité de travail à 100% avec une blessure à la tête, au cou et à la colonne cervicale. Les premiers soins avaient été donnés au centre médicochirurgical C_____SA (ci-après : le centre médicochirurgical) par le docteur D_____, spécialiste en médecine générale.
- c.** Une IRM de la colonne cervicale a été effectuée le 23 juillet 2025 pour un bilan post-traumatique avec cervicalgie gauche depuis 10 jours. Le docteur E_____, spécialiste en radiologie, a conclu à une hernie discale en C6 – C7 rétrécissement foraminal droit et rétrécissement foraminal multifactoriel, dégénératif conduisant à un rétrécissement foraminal droit, pouvant comprimer la racine C7 droite. Par ailleurs, il observait une discopathie dégénérative discrète en C4 – C5 et C6 – C7. L'absence de lésion post-traumatique du rachis cervical, ainsi que de la musculature postérieure et antérieure était mentionnée.
- d.** Le docteur F_____, spécialiste en médecine générale, exerçant dans le même centre médicochirurgical que le Dr D_____, a complété un rapport médical LAA daté du 31 août 2025, dans lequel il a indiqué que le traitement serait probablement terminé d'ici six semaines et que l'assuré portait une minerve et suivait des séances de physiothérapie. Il précisait que l'assuré avait subi un traumatisme crânien, sans perte de connaissance, et qu'aucune atteinte morphologique n'était visible ; il observait la présence de douleurs à la percussion de la colonne cervicale, en C7.
- e.** Par courrier du 3 octobre 2025, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait fin, à titre préventif, au versement des frais de traitement et des indemnités journalières au 4 octobre 2025, sur la base de nouveaux éléments.
- f.** Interpellé par la SUVA, le médecin d'arrondissement a répondu qu'il ne pouvait pas donner d'appréciation, en l'absence de renseignements médicaux, ce qui a conduit la SUVA à demander, par courrier du 19 novembre 2025, au centre médicochirurgical de bien vouloir lui transmettre tout document médical pertinent de suivi.
- g.** Le Dr F_____ a répondu au médecin d'arrondissement de la SUVA, en date du 21 novembre 2025, qu'il avait vu l'assuré à sa consultation de suivi, le

18 novembre 2025. Ce dernier lui avait annoncé que des douleurs persistaient et qu'il attendait « la conversion du dossier accidents en maladie par les assurances ». Son certificat d'incapacité de travail à 100% était renouvelé, pour un mois, jusqu'au prochain rendez-vous de contrôle. Les consultations de suivi des mois de juillet à octobre 2025 étaient également annexées à l'envoi.

h. Le médecin d'arrondissement de la SUVA, la docteure G_____, médecin praticien, s'est prononcée dans une appréciation médicale du 2 décembre 2025. Elle considérait que l'assuré présentait des lésions préexistantes à l'événement du 9 juillet 2025, de nature dégénérative, au niveau de la colonne cervicale. Ainsi, une hernie discale et une discopathie dégénérative étaient mentionnées dans l'IRM du 23 juillet 2025 ; l'événement accidentel n'avait pas entraîné de lésion structurelle, pour le moins probable, pouvant lui être imputée au niveau de la colonne cervicale. Tout au plus, l'événement avait entraîné une contusion du rachis cervical qui avait décompensé, de manière passagère, un état antérieur. Ainsi, l'événement avait cessé de déployer tous ses effets dès le 18 novembre 2025 au niveau de la colonne cervicale, ce qui était confirmé par le rapport de consultation du Dr F_____, daté du même jour, qui établissait que l'assuré attendait la conversion du dossier accident en maladie. Au-delà du 18 novembre 2025, les plaintes qui persistaient au niveau de la colonne cervicale, n'étaient plus en lien de causalité, pour le moins probable, avec l'événement du 9 juillet 2025, mais avec les atteintes dégénératives qui étaient à la charge de l'assurance-maladie.

B. a. Par décision du 5 décembre 2025, la SUVA a supprimé les prestations d'assurance, dès le 18 novembre 2025. Les appréciations du médecin d'arrondissement étaient exposées, soit que les troubles persistants à la colonne cervicale n'avaient plus aucun lien avec l'accident.

b. Par courrier du syndicat UNIA du 20 janvier 2026, l'assuré s'est opposé à la décision du 5 décembre 2025, considérant que cette dernière ne se fondait que sur le rapport d'IRM du 23 juillet 2025 et que les éléments médicaux mentionnés par la SUVA n'apparaissaient pas suffisamment probants pour rompre le lien de causalité entre l'accident et les troubles de la santé résiduels dont il souffrait encore.

c. Par décision sur opposition du 30 janvier 2026, la SUVA a rejeté l'opposition et confirmé la précédente décision. Rien ne permettait de contester les conclusions du radiologue E_____ et le Dr F_____ n'avait jamais exprimé de doute quant aux informations fournies dans le rapport d'IRM. D'autres mesures d'instruction n'étaient pas nécessaires.

C. a. Par courrier déposé au greffe de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) le 26 février 2026, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 30 janvier 2026. Il a allégué qu'avant l'accident il ne souffrait d'aucune douleur et travaillait normalement à plein temps

alors qu'après l'accident il souffrait de douleurs cervicales persistantes avec incapacité de travail continue et considérait que le *statu quo ante* n'était pas encore atteint au 18 novembre 2025. Il concluait à l'annulation de la décision querellée, à la poursuite de la prise en charge des prestations par l'intimée et à la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

b. Par réponse du 17 avril 2026, la SUVA a conclu au rejet du recours et a persisté intégralement dans les conclusions figurant dans la décision attaquée. Celle-ci était cohérente et motivée ; elle se fondait sur les éléments cliniques et radiologiques du dossier. L'appréciation médicale de la Dre G_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante et il n'y avait aucun document médical susceptible de mettre en doute ladite appréciation, étant précisé que les rapports médicaux du Dr F_____ mentionnaient des douleurs de nature subjective. Au vu de ces éléments, une expertise indépendante était inutile.

c. Par réplique du 6 mai 2026, le recourant a persisté dans ses conclusions, s'opposant à l'existence de troubles dégénératifs préexistants et a communiqué plusieurs pièces médicales, notamment :

- un compte rendu de physiothérapie du 5 janvier 2026 de la physiothérapeute H_____ ;
- un rapport médical du 4 janvier 2026 de la docteure I_____, spécialiste en médecine interne générale ;
- un rapport d'expertise orthopédique du 10 mars 2026 du docteur J_____, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur ;
- un rapport médical du 31 janvier 2026 et un rapport médical intermédiaire du 24 avril 2026 du Dr F_____.

d. Par duplique du 9 juin 2026, la SUVA a persisté dans ses conclusions, tout en joignant, en annexe, une appréciation médicale détaillée de la Dre G_____, exposant les pièces médicales sur lesquelles elle s'était fondée, et se prononçant sur les pièces médicales qui avaient été fournies par le recourant. Elle considérait que ces dernières ne remettaient pas en question la précédente appréciation médicale du 2 décembre 2025.

e. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

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

EN DROIT

1.

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

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

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision sur opposition du 30 janvier 2026 fixant la date du 18 novembre 2025 pour l'arrêt des prestations.

3.

3.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).

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

3.2 Les prestations suivantes sont notamment prévues en cas d'accident.

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident.

Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Il est précisé à l'art. 6 LPGA, première phrase, qu'est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge de référence. L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

3.3 Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Ni la possibilité lointaine d'un résultat positif de la poursuite d'un traitement médical, ni un progrès thérapeutique mineur à attendre de nouvelles mesures - comme une cure thermale - ne donnent droit à sa mise en œuvre. Il ne suffit pas qu'un traitement physiothérapeutique puisse éventuellement être bénéfique pour la personne assurée. Dans ce contexte, l'état de santé doit être évalué de manière prospective et non sur la base de constatations rétrospectives (arrêts du Tribunal fédéral 8C_799/2023 du 3 septembre 2024 consid. 3.3.1 et les références ; 8C_642/2023 du 20 mars 2024 consid. 3.1.1 et la référence). Ainsi, des rapports médicaux établis postérieurement à l'examen de la stabilisation de l'état de santé ne sont pas pertinents (arrêt du Tribunal fédéral 8C_528/2022 du 17 novembre 2022 consid. 7.4 cité dans David IONTA, Stabilisation de l'état de santé en LAA, *in* HAVE/REAS 4/2023, p. 316). Les renseignements médicaux relatifs aux possibilités thérapeutiques et à l'évolution de la maladie, généralement saisis sous la notion de pronostic, constituent en premier lieu la base de l'appréciation de cette question juridique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_682/2021 du 13 avril 2022 consid. 5.1 et les références).

Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire ou qui ne sert non pas à guérir l'atteinte à la santé mais uniquement à combattre les symptômes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_363/3030 du 29 septembre 2020 consid. 4.1 cité dans David IONTA, *op. cit.*, p. 316). Le seul fait que la personne assurée ressente encore des douleurs ou souffre de douleurs chroniques ne permet pas de conclure que son état de santé n'est pas stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_20/2022 du 10 juin 2022 consid. 6.3 cité dans David IONTA, *op. cit.*, p. 316). Il en est de même lorsque le cas de l'assuré s'est chronicisé et qu'aucun geste médical ni chirurgical n'est susceptible d'apporter une quelconque amélioration de la situation et que des infiltrations ne permettent pas de changer de façon substantielle le pronostic du patient (arrêt du Tribunal fédéral 8C_484/2019 du 3 août 2020 consid. 5.2 cité dans David IONTA, *op. cit.*, p. 316). Par ailleurs, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 cité dans David IONTA, *op. cit.*, p. 316).

Il faut en principe que l'état de santé de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2022 du 14 juillet 2023 consid. 3.2 et la référence).

Dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, il appartient à l'assureur-accidents de clore le cas en mettant fin aux frais de traitement ainsi qu'aux indemnités journalières et en examinant le droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 144 V 354 consid. 4.1 ; 143 V 148 consid. 3.1.1 ; 134 V 109 consid. 4.1 et les références)

4.

4.1 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

4.2 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).

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

4.4 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. À 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).

5.

5.1 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les

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

5.2 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

- 6.** En l'espèce, l'intimée, se fondant sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement du 2 décembre 2025, confirmée par une appréciation plus détaillée du 26 mai 2026, considère que l'accident du 9 juillet 2025 a cessé de déployer ses effets au 18 novembre 2025.

Le recourant conteste la position de la SUVA, considérant que les appréciations de son médecin d'arrondissement sont dépourvues de valeur probante et estimant que les douleurs qu'il allègue sont dues à l'accident et non pas à des troubles dégénératifs.

6.1 À cet effet, il a communiqué plusieurs pièces médicales, qui seront examinés ci-après soit :

- Le compte rendu de physiothérapie du 5 janvier 2026 de la physiothérapeute H_____ n'a pas la même valeur qu'un rapport médical. On constate à la lecture du compte rendu de la physiothérapeute que ce dernier confirme un traitement de physiothérapie du 29 juillet au 29 septembre 2025, pour des douleurs cervicales en lien avec des hernies discales, provoqué par un accident. Une sensation persistante de blocage cervical est décrite par le patient ainsi que des tensions musculaires importantes au niveau des cervicales et des douleurs ressenties après les premières séances. La physiothérapeute indique qu'après plusieurs séances elle constate une réduction de la douleur ainsi qu'une amélioration de la mobilité cervicale, bien que le patient rapporte encore la présence d'une sensation de blocage cervical et des douleurs.
- Le rapport médical du 4 janvier 2026 de la Dre I_____ confirme qu'elle suivait le recourant depuis le 13 mars 2024 régulièrement et qu'à aucun moment, avant la date de l'accident, il n'a rapporté de douleurs cervicales, de

cervicalgies, ni de symptômes fonctionnels au niveau du rachis cervical. Elle confirme également que c'est à partir de cet événement que le recourant a décrit l'apparition de douleurs cervicales.

- Le rapport « d'expertise » orthopédique du 10 mars 2026 du Dr J_____, se fonde sur une consultation du 11 février 2026 et mentionne, notamment, une chronicisation des douleurs [cervicales] probables en raison du terrain dégénératif préexistant (ch. 2 p. 3 *in fine*). Le médecin rapporte que le patient se plaint de douleurs cervicales avec une douleur à la palpation de la C7 et précise qu'il ne dispose d'aucun document radiologique physiques ou numérique au moment de la consultation. Ses conclusions sont que le recourant présente une cervicarthrose chez un travailleur de force avec une évolution jusqu'à ce jour plutôt stationnaire sous traitement conservateur la symptomatologie éléments à l'examen clinique qui sont compatibles avec une arthrose cervicale en particulier C5-C7 qui pourrait être traitée par une spondylodèse. Aucun élément ne permet de remettre en question la cohérence et la plausibilité. Le diagnostic retenu est celui d'une discopathie dégénérative C4-C5 et C6-C7 avec suspicion d'hernie discale près foraminaux droit en C6 – C7, avec rétrécissement foraminaux pouvant comprimer la racine C7 droite.
- Le rapport médical du 31 janvier 2026 et le rapport médical intermédiaire du 24 avril 2026 du Dr F_____ retiennent, en substance, le même diagnostic que le Dr J_____, à savoir une hernie discale pré-foraminaux droite en C6 – C7 avec rétrécissement foraminaux pouvant comprimer la racine C7 droite, associée à une discopathie dégénérative C4 – C5 et C6 – C7 sans lésion traumatique aiguë du rachis cervical. Dans son rapport médical du 24 avril 2026, le médecin note que des douleurs cervicales mécaniques quotidiennes fluctuantes persistent, mais qu'il n'existe pas d'aggravation neurologique objectivable à ce jour.

S'agissant des douleurs dont se plaint le recourant, il sied de rappeler que, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes (sur le plan somatique ou psychique), à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (voir par exemple les arrêts du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4, 9C_7/2014 du 27 mars 2014 consid. 4.2.2).

Le compte rendu de physiothérapie et les rapports médicaux examinés *supra* ne permettent pas de constater la présence d'un élément objectif médical pouvant rendre vraisemblable une poursuite des troubles de la santé, après le 18 novembre 2025, qui soit en lien avec l'accident. Les médecins confirment que le recourant se plaint de douleurs cervicales mais leurs diagnostics mentionnent les origines

dégénératives de la discopathie en C4 – C5 et C6 – C7, la C7 étant douloureuse à la palpation. Le Dr J_____ mentionne également une arthrose cervicale, ou cervicarthrose, qui correspond à une usure du cartilage des vertèbres cervicales.

6.2 La médecin d'arrondissement parvient aux mêmes conclusions dans son appréciation détaillée du 26 mai 2026 et estime que les conclusions du Dr J_____ sont superposables aux siennes et que les symptômes actuels du recourant sont en lien avec la dégénérescence cervicale et ne peuvent être rattachés à une atteinte traumatique (ch. 4, p. 7). En ce qui concerne la hernie discale, y compris au niveau cervical, elle précise qu'elle ne se produit en principe pas à la suite d'un simple mécanisme de contusion mais qu'il faut un traumatisme de haute énergie, tel qu'une chute d'une hauteur considérable ou une collision en véhicule à très haute vitesse, ainsi que des symptômes neurologiques caractéristiques qui apparaissent immédiatement après le traumatisme et pour autant que toute atteinte rachidienne dégénérative préexistante à l'avènement puisse être exclue. Les conditions permettant d'admettre une origine traumatique de la hernie discale ne sont donc pas remplies, étant rappelé que le Dr F_____, dans son rapport médical du 24 avril 2026, a déclaré qu'il n'existe pas d'aggravation neurologique objectivable à ce jour.

Enfin, la Dre G_____ rappelle que l'IRM met en évidence une atteinte rachidienne dégénérative préexistante au niveau du rachis cervical, dès lors que le recourant ne présente pas uniquement une hernie discale C6 – C7 mais également des remaniements dégénératifs à d'autres étages, notamment sous forme de discopathie dégénérative au niveau C4 – C5. Selon elle, ces atteintes multi-segmentaires nécessitent un temps d'installation prolongée qui va dans le sens d'un processus dégénératif préexistant plutôt qu'une lésion traumatique aiguë ; ces éléments sont corroborés par les conclusions du radiologue (ch. 4, p. 8).

Il ressort de ce qui précède que l'appréciation de la médecin d'arrondissement de l'intimée présente une pleine valeur probante et que les rapports médicaux produits par le recourant ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés par la médecin de la SUVA et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans considère qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que depuis le 18 novembre 2025 les troubles de la santé du recourant ne sont plus en lien avec l'accident du 9 juillet 2025.

6.3 S'agissant de la demande d'expertise indépendante, il sied de rappeler que le recourant s'est vu offrir la possibilité de faire valoir ses arguments par écrit. Il s'est ainsi exprimé de manière circonstanciée sur l'objet du litige et a produit les pièces médicales auxquelles il s'est référé dans ses écritures. La chambre de céans dispose ainsi d'un dossier qui lui permet de statuer en connaissance de cause et

considère, par appréciation anticipée, qu'une expertise indépendante n'est pas nécessaire.

7.

7.1 A l'aune de ces éléments, le recours est rejeté.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

Le président

Nora DE RIEDMATTEN

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