

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/918/2026

ATAS/532/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 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 _____ 1978, employé en qualité de plâtrier par la société B_____ Sàrl (ci-après : l'employeur), a informé son employeur d'un événement intervenu le 13 janvier 2025 qui avait provoqué des contusions. L'employeur a annoncé le cas à son assurance accidents, la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA) par déclaration de sinistre du 15 janvier 2025, relatant que l'assuré circulait à pied lorsqu'il avait « glissé sur un trottoir et il est tombé sur le dos », ce qui avait déclenché un arrêt de travail, dès le 14 janvier 2025.
- b.** Par certificat médical du 14 janvier 2025, le docteur C_____, spécialiste en médecine générale, a confirmé un arrêt de travail à 100% dès le 14 janvier 2025 avec une reprise totale à 100% envisagée dès le 10 février 2025, « selon évolution clinique ».
- c.** Par courrier du 17 janvier 2025, la SUVA a confirmé à l'assuré la prise en charge du cas et le paiement des prestations d'assurance pour les suites de l'accident non professionnel du 13 janvier 2025, précisant que les indemnités journalières seraient payées à l'employeur.
- d.** Une échographie de l'épaule droite a été réalisée le 11 février 2025 et un rapport médical a été rédigé par le docteur D_____, spécialiste en radiologie, faisant état de l'aspect discrètement remanié des surfaces articulaires acromio-claviculaire post-arthropathie, d'un tendon du long chef de structure homogène, d'un tendon du sous-scapulaire de taille normale et de structure homogène, d'un tendon du supra-épineux présentant une zone hypoéchogène en son sein, traduisant une tendinopathie fissuraire post étirement associé à une bursite sous-acromio-deltoïdienne de 1mm d'épaisseur sur 20mm de diamètre transverse. Il était précisé qu'en cas de persistance de la symptomatologie douloureuse, malgré le traitement conservateur, une infiltration du versant supérieur du supra-épineux et dans la bourse sous-acromio-deltoïdienne pouvait être réalisée sous guidage échographique. Le même jour, une radiologie de la colonne cervicale et de la colonne dorsale ont été effectuées, sans faire apparaître de fracture.
- e.** Un employé de la SUVA a complété un PV de premier entretien téléphonique avec l'assuré, daté du 11 avril 2025 et faisant état, à titre de diagnostic, d'une contusion au niveau du dos ainsi qu'une déchirure musculaire au niveau de l'épaule droite, précisant que l'assuré ressentait encore des douleurs au niveau de son dos et qu'il allait consulter un physiothérapeute. S'agissant de l'épaule droite, l'assuré déclarait s'être également blessé et prendre des médicaments antidouleur. Il relatait une « déchirure d'environ 1cm » sans toutefois qu'une opération ne soit envisagée.
- f.** Dans un rapport médical LAA destiné à la SUVA et daté du 22 mai 2025, le Dr C_____ a indiqué avoir constaté des douleurs à la percussion au niveau du

rachis CD lombaire, avec contractures de la musculature paravertébrale, ainsi que des douleurs à l'épaule droite, à la palpation, au niveau de la face antérieure et lors de la mobilisation du MSD. Des douleurs à la hanche droite lors de la mobilisation du IMD apparaissaient également. Il n'y avait pas de fracture de la colonne et on notait une tendinopathie fissuraire du supra-épineux de l'épaule droite. Le médecin posait un diagnostic de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur entorse et contusion de la colonne CD lombaire ainsi qu'une contusion de la hanche droite et des scapulalgies aiguës droites sur tendinopathie fissuraire du supra-épineux. Il mentionnait également un état d'angoisse post-traumatique. Il proposait une thérapie fondée sur des traitements médicamenteux et une physiothérapie. L'incapacité de travail totale du 14 janvier 2025 était prolongée.

g. Une infiltration de l'épaule droite, sous guidage échographique, a été réalisée le 15 mai 2025 par le radiologue D_____.

h. Dans son rapport médical intermédiaire à destination de la SUVA, daté du 14 juillet 2025, le Dr C_____ a repris le diagnostic précédent et a noté, au sujet de l'évolution, que malgré le traitement médicamenteux, la physiothérapie et l'infiltration à l'épaule droite, l'assuré se plaignait de la persistance de douleurs résiduelles à l'épaule droite, ainsi qu'au niveau de la colonne dorsale. Il se plaignait également d'une angoisse quotidienne. Le médecin considérait que le pronostic était bon, après une stabilisation adéquate de l'état de santé du patient, proposant la poursuite du traitement médical, de la physiothérapie et des infiltrations. Aucune date n'était estimée pour une reprise du travail qui devait intervenir « selon évolution clinique ».

B. a. Par décision du 2 octobre 2025, la SUVA a informé l'assuré de la suppression des prestations d'assurance, le cas étant clôturé et les prestations versées jusqu'au 2 octobre 2025 au soir. La SUVA se fondait sur l'appréciation brève datée du 19 septembre 2025 et rédigée par l'un de ses médecins-conseils, le docteur E_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur. Le médecin précisait qu'au niveau du rachis, il avait été mis en évidence un état dégénératif multi-étagé et au niveau de l'épaule, un antécédent traumatique en 2021 non séquellaire. Il n'y avait pas de notion d'atteinte antérieure à la hanche droite. Pour la contusion à l'épaule et à la hanche, la guérison était attendue au maximum six semaines après l'événement, en tenant compte d'un traitement conservateur adapté, dès lors qu'il n'y avait pas d'atteinte structurelle. Pour le rachis, il s'agissait d'une aggravation aiguë transitoire, avec un événement qui avait fini de déployer ses effets à six mois, en tenant compte d'un traitement conservateur.

b. Par courrier du 14 octobre 2025, l'assuré s'est opposé à la décision du 2 octobre 2025, faisant valoir que ses problèmes physiques étaient toujours dus à l'accident du 13 janvier 2025, ce qui devait être encore pris en compte par la SUVA. Il ajoutait avoir demandé à son médecin traitant de faire parvenir, dès que

possible, un rapport médical justifiant de son état et de la persistance des conséquences [de l'accident].

c. Par courrier du 3 novembre 2025, le médecin traitant C_____ a répété les diagnostics qu'il avait déjà retenus, ajoutant une lombosciatalgie aiguë droite sur hernie discale L5 – S1. Il rappelait que le patient avait bénéficié de nombreux traitements médicamenteux et de physiothérapie, avec des améliorations transitoires au niveau de l'épaule droite, ainsi qu'une infiltration. Des douleurs, tant à l'épaule droite qu'au niveau du rachis CD lombaire, persistaient et l'assuré, qui travaillait dans le bâtiment, n'arrivait pas à effectuer son travail de façon adéquate avec des décompensations fréquentes. Le médecin considérait qu'une reconversion professionnelle était indiquée, car il y avait une aggravation de jour en jour de l'état de santé du patient, tant sur le plan physique que psychique.

d. Par décision sur opposition du 10 février 2026, la SUVA a confirmé sa précédente décision et a rejeté l'opposition, précisant que l'effet suspensif d'un éventuel recours contre la décision était retiré. La SUVA avait pris bonne note du certificat médical du médecin traitant de l'assuré, daté du 3 novembre 2025, décrivant les troubles au niveau de l'épaule droite et du rachis qui ne permettaient pas à l'assuré de reprendre son activité habituelle. Néanmoins, la SUVA confirmait les arguments précédemment développés à savoir que son médecin conseil, le Dr E_____, avait, dans deux appréciations respectivement datées du 20 août et du 19 septembre 2025, certifié que l'événement pris en charge avait cessé de déployer ses effets à six semaines de la survenance. En l'absence de tout élément contraire au dossier concernant l'étiologie des troubles, les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouaient plus de rôle et devaient être considérées comme ayant disparu.

C. a. Par acte communiqué à la SUVA le 9 mars 2026, l'assuré a contesté la décision sur opposition de la SUVA, concluant implicitement à son annulation. Le recours a été transmis, pour raisons de compétences, à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, (ci-après : la chambre de céans) qui l'a reçu le 11 mars 2026. Le recourant a été prié de signer son acte de recours, ce qu'il a fait, avant de le retourner à la chambre de céans, le 23 mars 2026.

b. Par réponse du 17 avril 2026, l'intimée a confirmé les termes de la décision querellée et a conclu au rejet du recours. Elle a joint, en annexe, une appréciation médicale détaillée du 30 mars 2026, rédigée par le Dr E_____, qui reprenait l'ensemble des éléments médicaux, notamment les rapports et l'imagerie médicale, posait un diagnostic, et concluait qu'à défaut d'atteinte structurelle au niveau de l'épaule droite et/ou de la hanche droite, il ne s'agissait que de contusions simples avec une récupération attendue à six semaines. En ce qui concernait le rachis, l'événement avait fini de déployer ses effets à six mois, tenant compte de la présence d'une atteinte dégénérative multi-étagée antérieure à l'accident.

c. Le recourant a répliqué par courrier du 21 mai 2026, persistant dans ses conclusions et joignant, en copie, un nouveau rapport médical de son médecin traitant, le Dr C_____, daté du 18 mai 2026, qui confirmait que le recourant avait continué de se plaindre de douleurs résiduelles importantes à l'épaule droite.

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

e. 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 de suppression des prestations de l'assurance-accidents, dès le 3 octobre 2025.

3.

3.1 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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur ; il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

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

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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). 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).

3.2 Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 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.

3.3 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 ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

3.4 En cas de lombalgies et lombosciatalgies, la jurisprudence admet qu'un accident a pu décompenser des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, auparavant asymptomatiques. En l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, elle considère toutefois que

selon l'expérience médicale, le *statu quo sine* est atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année. Il n'en va différemment que si l'accident a entraîné une péjoration déterminante, laquelle doit être établie par des moyens radiologiques et se distinguer d'une évolution ordinaire liée à l'âge (arrêts du Tribunal fédéral 8C_315/2023 du 9 janvier 2014 consid. 6.1 et les références ; 8C_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 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). 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).

4.2 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 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).

4.3 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. 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).

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 ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 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 ; 135 V 465 consid. 4).

Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

4.4 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 ; 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).

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 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).

5.3 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (cf. ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (cf. ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références). 6

6. En l'espèce, le recourant allègue que l'intimée doit continuer de prester au-delà du 2 octobre 2025 en raison du fait que ses douleurs subsistent et que l'accident du 13 janvier 2025 a continué de déployer ses effets au-delà de la date fixée par l'intimée.

L'intimée quant à elle, se fondant sur les appréciations de son médecin conseil, estime qu'il n'y a plus de lien de causalité entre l'accident du 13 janvier 2025 et les douleurs ressenties par le recourant, au-delà du 2 octobre 2025.

L'intimée se fonde sur les appréciations de son médecin traitant, qui ont fait l'objet d'un rapport médical détaillé, daté du 30 mars 2026.

Le médecin conseil a récapitulé les événements, ainsi que les rapports de radiographie, le rapport d'infiltration et les rapports médicaux du médecin traitant. Il a mentionné les diagnostics retenus par ce dernier, le pronostic et l'évolution des troubles.

En se fondant sur la documentation radiologique, le médecin de l'assurance a retenu les diagnostics de contusion de l'épaule droite et de la hanche droite et de discopathie multi étagé cervico-thoraco-lombaire. Il a relevé qu'une arthro-IRM datant de 2021 avait mis en évidence une altération de signal au niveau du tendon du sus-épineux, en faveur d'une tendinopathie du tendon. Aucune atteinte structurelle n'avait été mise en évidence au cours des différents examens réalisés en 2025. Une atteinte dégénérative, sous forme de discarthrose étagée, aussi bien cervical que thoracique et lombaire a été établie dans le cadre du bilan du rachis cervical et thoracique fait à un mois du traumatisme.

Se fondant sur l'imagerie médicale, le médecin conclut qu'en ce qui concerne les contusions à la hanche et à l'épaule on s'attend à une guérison à six semaines car il n'y a pas d'atteinte structurelle constatée. Sur le plan du rachis, avec une atteinte multi-étagée avec pincement inter somatique, on peut considérer que l'événement a fini de déployer ses effets, au maximum à six mois, en tenant compte d'un traitement selon les règles de l'art médical, soit un repos bref, une rééducation orientée sur la récupération fonctionnelle et une antalgie à la demande.

À l'issue de ces observations le médecin conseil considère, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il ne subsiste pas de lien de causalité avec

l'accident du 13 janvier 2025, après six semaines, pour ce qui concerne l'épaule droite et la hanche droite et après six mois, en ce qui concerne le rachis.

S'agissant des appréciations du médecin traitant, il convient de noter que ce dernier n'a pas retenu, dans un premier temps de lombosciatalgie aiguë droite sur hernie discale L5 – S1, ce diagnostic étant apparu seulement dans son rapport médical du 3 novembre 2025, soit 11 mois après l'accident.

Le rapport de radiologie du 11 février 2025, qui a notamment porté sur la colonne dorsale ne mentionne pas de lombosciatalgie sur hernie discale. Par ailleurs, le médecin traitant n'explique pas sur quelle pièce il se fonde pour retenir ce diagnostic, étant précisé qu'il ne reprend pas le diagnostic dans son rapport médical postérieur du 18 mai 2026. Partant, il convient de considérer que l'existence d'une lombosciatalgie sur hernie discale en relation de causalité avec l'événement assuré n'est pas démontrée.

Il en est de même du diagnostic d'état d'angoisse post-traumatique qui ne fait l'objet d'aucune motivation, ni de prescription d'anxiolytiques et qu'il convient également d'écarter, car n'étant pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

Le médecin traitant mentionne, dans son dernier rapport médical du 18 mai 2026, des améliorations transitoires pendant les séances de physiothérapie, tout en observant que le patient « a continué de se plaindre de douleurs résiduelles importantes à l'épaule droite spécialement lors des mouvements avec le MSD ». Ce nonobstant, il ne mentionne pas, en degrés, de quelles capacités de mouvement bénéficie le recourant, en abduction, en rotation interne ou externe, et n'offre aucune comparaison avec les mouvements qui peuvent être réalisés à l'aide de l'épaule gauche qui n'a pas été blessée lors de l'accident.

Étant précisé que le médecin traitant se montre prudent, mentionnant clairement que les renseignements complémentaires sont adressés à l'intimé « à la demande de mon patient le 5 mai 2026 » et qu'il ne fait que relater les plaintes de son patient quant à l'existence de douleurs résiduelles.

Il résulte de ces constatations qu'il n'existe aucun élément objectif permettant de retenir un lien de causalité entre les plaintes subjectives déclarées par le recourant à son médecin traitant, dans sa demande du 5 mai 2026 et l'événement du 13 janvier 2025. Les appréciations du médecin conseil sur des troubles dégénératifs déjà présents au moment de l'accident sont convaincantes et la chambre de céans ne conserve aucun doute, même minime, sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance.

Il sied encore de rappeler que le médecin traitant est un médecin généraliste, qui n'a pas de spécialisation en orthopédie ou en psychiatrie, alors que le médecin conseil de la SUVA est un spécialiste en orthopédie et en traumatisme de l'appareil locomoteur et que, selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la

médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

7.

7.1 A l'aune de ce qui précède, la chambre de céans n'a d'autre choix que de rejeter le recours.

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