RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1170/2020 **ATAS/851/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 août 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Madame B_____, à CHÂTELAINE — recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, ASSURANCE MILITAIRE, sise rue Ami-Lullin 12, GENÈVE — intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né le _____ 1995, a effectué son école de recrue (ci-après : ER), puis des services de promotion en service long, de façon continue, du 31 octobre 2016 au 3 janvier 2018. Le 27 décembre 2017, il a fait une chute de sa hauteur pendant qu'il faisait du jogging : il s'est réceptionné sur les fesses.

2. Le 29 décembre 2017, en raison de la persistance des douleurs dorsales qu'il ressentait, l'assuré a consulté son médecin traitant, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine générale (ci-après : le médecin traitant), qui a attesté une incapacité de travail totale dès le 27 décembre 2017, et lui a prescrit neuf séances de physiothérapie.

3. La situation s'améliorant, le 17 janvier 2018, alors qu'il avait décidé de jouer au basket avec des amis, l'assuré a fait un faux mouvement et ressenti un craquement dans le dos. Le lendemain, il a consulté l'hôpital de la Tour, en raison de lombalgies basses.

4. Le 24 janvier 2018, à la demande de son médecin traitant, une IRM de la colonne lombo-sacrée a été pratiquée. Le docteur D_____, spécialiste FMH à l'institut de radiologie de la Clinique des Grangettes, a conclu à une volumineuse protrusion discale focale exclusive médiane, paramédiane et récessale gauche en L4-L5, luxée vers le bas et vers la gauche dans un trajet oblique vers le bas et vers la gauche, entrant en contact avec les racines L5 et S1 gauche, pouvant engendrer un conflit radiculaire avec ces deux racines. Protrusion discale focale à base large, médiane de 5 mm dans le plan antéropostérieur en L3-L4, sans argument pour un conflit radiculaire. Bombement discal circonférentiel en L5-S1. Discopathie poly-étagée de L3 à S1.

5. Le 2 février 2018, à la demande de son médecin traitant, l'assuré a consulté le docteur E_____, spécialiste FMH en neurochirurgie à la Clinique de la Colline : dans son rapport du 12 avril 2018, ce spécialiste retenait le diagnostic de lombo-radiculalgie L5 gauche aiguë, déficitaire (parésie M4+ du releveur du pied et M3 du releveur de l'hallux), hernie discale volumineuse L4-L5 luxée vers le bas à gauche (selon IRM du 24 janvier 2018). Anamnestiquement, le patient, sans antécédent rachidien, venait de terminer son ER version longue (un an et demi d'armée pour devenir sergent), pendant laquelle il avait pris environ 20 kg. Il relatait ensuite la chronologie des événements depuis la chute du 27 décembre 2017, les traitements médicaux et de physiothérapie qui s'en étaient suivis, avec une amélioration totale, raison pour laquelle le patient avait décidé de jouer au basket le 17 janvier 2018 : il aurait fait un faux mouvement avec récidive de la douleur, beaucoup plus intense qu'auparavant, ainsi que des paresthésies jusque dans l'hallux. Le patient ne prenait alors que de l'ibuprofène 3 × 400 mg/j avec, au jour de la consultation, une amélioration importante de la symptomatologie, bien qu'il restât une douleur résiduelle provoquant des réveils nocturnes et s'exacerbant en position assise. Il

utilisait deux cannes pour se déplacer afin d'être soulagé. Absence d'activité sportive. Le patient souhaitait commencer une école de police. Après avoir procédé à un examen clinique détaillé, le spécialiste concluait comme suit : le patient décrivait l'installation d'une douleur lombaire radiculaire L5 gauche à la suite d'un traumatisme le 27 décembre 2017, qui s'était améliorée sous traitement conservateur pour récidiver après un faux mouvement le 17 janvier 2018 avec, alors, un déficit sensitif et moteur distal. Au jour de l'examen, après corticothérapie et sous anti-inflammatoires, sans antalgiques, la situation s'améliorait rapidement avec une douleur résiduelle, particulièrement en position assise. L'examen clinique retrouvait encore des signes irritatifs importants, et un syndrome déficitaire avec une hypoesthésie distale et une parésie M4+ du releveur du pied et M3 du releveur de l'hallux. La durée d'évolution était extrêmement brève; il n'y avait pas de signes cliniques suffisants pour indiquer une intervention chirurgicale actuellement; cependant, l'évolution était à surveiller de près. Pour cette raison, le spécialiste avait prescrit de la physiothérapie afin d'effectuer une rééducation des déficits, mais surtout pour avoir un suivi objectif régulier. Il avait évoqué avec le patient une possible infiltration radio guidée, sa mère y étant toutefois réticente, ayant elle-même subi le geste par le passé, avec une complication rare de type insuffisance surrénalienne. Le diagnostic et le pronostic avaient été expliqués au patient, avec à ce jour, statistiquement, une probabilité d'amélioration importante. Le patient le recontacterait si la douleur persistait, et se manifesterait immédiatement si la parésie s'aggravait. Enfin, le médecin encourageait également le patient à réfléchir à son avenir : étant donné la pathologie dégénérative visualisée sur l'imagerie, relativement prononcée par rapport à son âge, l'école de police ne semblait pas être l'activité professionnelle la plus adaptée à cette condition.

6. Par courrier recommandé du 10 février 2018, l'assuré a annoncé le sinistre à l'Assurance Militaire (ci-après : l'AM, l'assurance ou l'intimée). Relatant la chronologie des faits retenus ci-dessus, il observait que le 2 février 2018, le Dr E_____ lui avait annoncé qu'il devait oublier le métier de policier, ce qui l'avait mis en état de choc. Tous ses projets s'étaient brusquement arrêtés, motif pour lequel il n'avait pas encore écrit à l'assurance. Sa mère et lui-même avaient annoncé l'accident fin décembre 2017, par téléphone.

7. Le 7 mars 2018, l'assuré a été auditionné à son domicile par le gestionnaire du service externe de l'AM. S'agissant de ses antécédents : - maladie : il a exposé qu'en 2017, il avait découvert être allergique aux pollens, poussières et acariens; – accidents : en 2014, il avait eu une entorse à une cheville. Il lui semblait qu'il s'agissait de la gauche. Il avait été soigné par son médecin traitant; il n'avait pas d'autre accident à signaler. Il certifiait n'avoir eu aucun problème de dos avant son service militaire. Il avait eu des chutes durant son service. Il s'était cassé une dent lorsqu'il avait reçu un coup de crosse de fusil d'assaut. Il avait souvent aidé ses camarades durant les marches en portant leurs affaires. Avant son accident, il avait commencé à sentir des gênes dorsales. Il avait de la peine à rester assis longtemps,

éprouvant une sensation désagréable. Il a décrit les circonstances de sa chute du 27 décembre 2017, l'amélioration rapide de son état de santé, après quelques séances de physiothérapie, et le déroulement de l'événement du 17 janvier 2018 (basket avec ses amis). Il a relaté sa consultation chez le Dr E_____, suivie de séances de physiothérapie qui l'avaient aidé. Au jour de son audition, il allait un peu mieux; il arrivait à se tenir debout et à marcher un petit peu. Il avait toujours du mal à se baisser. Il avait toujours des douleurs mais elles avaient diminué grâce à la physiothérapie. Il était toujours régulièrement suivi par son médecin traitant pour contrôler l'évolution. Il bénéficiait toujours de deux séances de physiothérapie par semaine et faisait des exercices à la maison. À l'armée, il avait pris 20 kg et aujourd'hui, il ronflait très fort. Il faisait des apnées du sommeil; avant l'armée, il ronflait, mais pas autant. Il utilisait un appareil pour dormir et cela allait mieux. Formation et activité professionnelle exercée : titulaire d'un CFC en social, obtenu en 2015. Il avait préparé son entrée à la haute école de travail social (ci-après : HETS). Il avait fait un stage avec des enfants à Versoix pendant trois mois. Il avait ensuite effectué un stage à l'EMS F_____, puis avait commencé son armée. S'il n'avait pas dû accomplir son service, il aurait commencé la HETS, puis aurait essayé d'entrer à l'école de police. S'il n'avait pas été blessé, il aurait « fini ses jours » (de service) et aurait essayé l'école de police. Il avait déjà entrepris quelques démarches. Perte de gain : il avait travaillé dans des centres aérés avec des enfants pendant ses vacances d'été; avait accompli diverses formations en relation avec la gestion des enfants à la Fondation genevoise pour l'animation socioculturelle (FASe). S'il était valide, il se serait inscrit au chômage en attendant de trouver un travail. Dans l'intervalle, il serait moniteur socioculturel. Célibataire sans enfant, lorsqu'il était valide, il faisait du basket et de la course.

8. Par courrier du 27 mars « 2017 » (recte : 2018), le Dr C_____ a repris contact avec l'AM. Il rappelait que son patient, au sortir de l'ER, avait présenté une lomboradiculalgie L5 gauche aiguë déficitaire, luxée vers le bas, à gauche. Le neurochirurgien consulté avait préconisé un traitement conservateur, toujours en cours. Il évoquait par ailleurs la prise de poids importante de son patient pendant l'ER, ce qui avait réactivé un syndrome d'apnée du sommeil, participant à une hypertension artérielle modérée, actuellement sous traitement. Le CPAP avait été repris et un suivi diététique était en cours. Il relevait que si l'évolution avait été favorable en ce qui concernait le problème lombaire, avec une récupération complète de la force du membre inférieur gauche, et une quasi-disparition des douleurs, les efforts, les charges, les porte-à-faux et la position assise prolongée entraînaient cependant rapidement une réapparition des symptômes, et le patient restait très anxieux à l'idée d'une récidive possible. Compte tenu de ce problème, ce dernier avait renoncé aux deux formations qu'il avait envisagées, d'agent de police ou d'assistant en soins communautaires : il n'avait pas les aptitudes physiques pour la première, et la deuxième aurait nécessité un stage d'une année dans un établissement médico-social (ci-après : EMS), avec toutes les contraintes que cela entraînerait au niveau du rachis lombo-dorsal. Il avait finalement porté son choix

sur une école de cinéma, à Genève, avec un diplôme reconnu en Suisse et à l'étranger, après une formation de trois ans. Le médecin traitant suggérait dès lors que l'on pouvait considérer cette situation comme entrant dans le cadre d'une réadaptation professionnelle, et se demandait si l'AM pouvait entrer en matière au moins pour la prise en charge des frais d'écolage, et peut-être participer à la subsistance du patient pendant cette période.

9. Par courrier du 5 avril 2018, l'AM a indiqué à l'assuré qu'au vu des pièces du dossier, il remplissait les conditions légales pour être mis au bénéfice des prestations de l'assurance. Ce droit serait cependant réexaminé au terme de la procédure d'enquête, ou suivant l'évolution de l'affection. L'assurance payait directement les frais de traitement. En cas de perte de gain, une indemnité journalière lui serait versée.

10. Les certificats d'incapacité totale de travail ont régulièrement été renouvelés/prolongés par le médecin traitant.

11. Au vu de cette évolution, l'AM a invité l'assuré à s'inscrire à l'assurance-invalidité, en remplissant le formulaire de détection précoce.

12. Selon une note du 12 septembre 2018 « transmission au service médical d'arrondissement », le gestionnaire du dossier a soumis celui-ci audit service en lui demandant de se prononcer sur les questions suivantes : 1. L'affection était-elle avec certitude antérieure au service militaire? 2. Dans l'affirmative, l'aggravation était-elle actuellement éliminée? 3. Dans la négative, l'incapacité de travail était-elle toujours justifiée? 4. Un examen par le médecin d'arrondissement, ou un séjour pour une évaluation à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) paraissaient-ils indiqués pour vérifier la capacité de travail.

13. Le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, du Centre de compétences Suva Médecine des assurances (ci-après : le médecin d'arrondissement ou le médecin-conseil), a rendu son rapport d'appréciation médicale le 24 septembre 2018 : après avoir résumé les faits (chute sur les fesses en décembre 2017 et faux mouvement en jouant au basket en janvier 2018) dans le cadre d'un service long, incidents ayant révélé la présence d'une volumineuse hernie discale L4-L5, luxée à gauche, le médecin d'assurance a observé qu'en 2018, après un avis neurochirurgical, un traitement conservateur et une incapacité totale prolongée, le médecin traitant avait sollicité l'AM pour une reconversion professionnelle dans une école de cinéma à Genève, donnant, selon lui, l'accès à un diplôme reconnu sur le plan international (courrier du Dr C_____ du 27 mars 2017 [recte : 2018] - doc 62 dossier intimée). Il a ensuite résumé les antécédents de santé sur la base des pièces communiquées : en résumé, il ressortait du formulaire de recrutement (30 janvier 2013) que le patient souffrait d'un taux de cholestérol trop élevé et d'apnées du sommeil nécessitant un contrôle alimentaire. Au status de la visite médicale de recrutement du 5 mars 2015, on notait un poids de 94 kg pour 184 cm (BMI 28 kg/m^2); le rachis avait été considéré comme normal. Au cours de cette visite

médicale, un examen médicopsychologique avait été effectué, en raison d'une fragilité sur probable carence affective, violence intrafamiliale, victimisation scolaire et dyslexie. L'assuré envisageait une maturité après sa troisième année d'école de culture générale (ci-après : ECG) et de faire une formation, soit policière, soit informatique, ou encore sociale. On rapportait également un traitement de Ritaline jusqu'à l'âge de 11-12 ans. Les diagnostics retenus avaient conduit à une décision d'inaptitude, par une CVS du 5 mars 2015, annulée sur recours de l'intéressé, par décision du 23 mars 2016. Après une visite sanitaire, le 31 octobre 2016, le patient avait pu débuter son ER le même jour, malgré une affection désignée par le code NM 8210 (distorsion de la cheville gauche, devenue indolore). Le Dr G_____ a ensuite repris par le détail les éléments et les pièces médicales versées au dossier et a procédé à son appréciation : il a tout d'abord rappelé que d'un point de vue médicothéorique, habituellement, une hernie discale commence à se former très tôt dans la vie, souvent dès la première adolescence, voire plus tôt. La première décompensation de cette hernie discale était survenue après une chute de l'assuré, de sa hauteur sur les fesses. Si ce type de chute pouvait favoriser l'apparition d'une hernie discale, l'énergie cinétique dégagée par un tel choc (chute sur les fesses, de sa hauteur) était ici largement insuffisante. En plus, elle s'était produite sur un sol plutôt meuble qui avait amorti le choc (terrain herbeux et mouillé). Par ailleurs, l'IRM de janvier 2018, quatre semaines après la chute, allait aussi dans le sens d'un choc à basse énergie, compte tenu de l'absence d'œdème osseux (normalement visible pendant plusieurs mois, si présent). Décrivant les éléments que montrait le rapport d'IRM, le médecin observait que cela n'avait pas pu s'installer durant le service militaire, même long (durée trop brève) et parlait en faveur d'une antériorité civile dégénérative des lésions discales. Il concluait donc à une antériorité de ces lésions intervertébrales discales lombaires. En tenant compte de l'apparition du tableau algique et du discret déficit sensitivomoteur, on pouvait toutefois admettre qu'une aggravation était survenue durant l'ER-SIB prom, sur le plan algique et fonctionnel. Au vu du rapport du médecin traitant, l'aggravation avait disparu en avril 2018 (traitement terminé, symptômes disparus hormis un léger déficit sensitif au pied gauche). Enfin, on pouvait relever que la suggestion du Dr E_____ et du médecin traitant, conseillant une profession adaptée, était médicalement justifiée, compte tenu de la situation rachidienne lombaire du patient. Toutefois, il était difficile de se prononcer sur la question de savoir si l'obtention d'un diplôme à l'école de cinéma de Genève aboutirait à une activité adaptée, en l'absence de descriptif de celle-ci (transport de matériel tel que les caméras, voyages, marches avec port de charges sur des sites de tournage, …). À ce propos, ce patient était titulaire d'un CFC social, domaine dans lequel on pouvait se demander si une activité adaptée ne serait pas possible, telle qu'assistant social. En conclusion, au vu du rapport du médecin traitant, les effets délétères dus aux activités consenties durant le service militaire étaient éliminés en avril 2018. Une reconversion professionnelle était médicalement justifiée. Répondant enfin aux questions posées, il a répondu affirmativement à la question de savoir si l'affection

était avec certitude antérieure au service, et à celle de savoir si l'aggravation était actuellement éliminée (avril 2018); les autres questions posées (3. et 4. Ci-dessus En fait ad ch. 12 in fine) devenaient sans objet.

14. Par préavis du 8 octobre 2018 (projet de décision destiné à l'exercice du droit d'être entendu), la responsable des prestations de l'AM Genève, se fondant notamment sur les pièces médicales du dossier, parmi lesquelles le rapport d'IRM du 25 janvier 2018 (hernie discale), observant que la première décompensation de cette hernie discale était survenue après une chute de l'assuré, de sa hauteur sur les fesses, a repris les conclusions qu'en tirait le médecin d'arrondissement : d'un point de vue médical, une telle chute pouvait favoriser l'apparition d'une hernie discale, toutefois, l'énergie dégagée par un tel choc était ici largement insuffisante pour créer une hernie; ainsi, l'événement du 27 décembre 2017 avait aggravé les lésions intervertébrales discales lombaires préexistantes et d'origine dégénérative, raison pour laquelle l'AM était intervenue. Selon le rapport du médecin traitant du 12 avril 2018, cette aggravation avait disparu en avril 2018 (symptômes disparus hormis un léger déficit sensitif au pied gauche); ainsi, les effets délétères d'une activité consentie durant le service militaire étaient déjà éliminés en avril 2018. En conclusion, l'aggravation des lésions intervertébrales discales lombaires, survenue durant le service militaire effectué du 31 octobre 2016 au 3 janvier 2018, était éliminée en avril 2018. Du point de vue administratif, l'AM fixait la fin de l'aggravation au 31 octobre 2018. À partir du 1er novembre 2018, toutes prestations d'assurance seraient refusées à l'assuré. L'intéressé disposait d'un délai de quatorze jours pour prendre position par écrit à l'égard de ce préavis, et demander un complément d'enquête. Il pouvait, dans le même délai, demander à prendre connaissance du dossier. Même sans contestation, une décision écrite susceptible de contestation serait établie conformément à l'art. 49 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1).

15. Le 10 octobre 2018, l'AM a reçu un courrier du 16 septembre 2018 du Dr C_____ : résumant la situation médicale de son patient, au sortir de son ER, il rappelait que pendant ce service, l'intéressé avait pris plus de 20 kg, prise de poids ayant réactivé un syndrome d'apnée du sommeil, lequel participait à une hypertension artérielle modérée actuellement sous traitement; le CPAP avait été repris et un suivi diététique était en cours. Si l'évolution avait été favorable en ce qui concerne le problème lombaire avec une récupération complète de la force du membre inférieur gauche et une quasi-disparition des douleurs, des efforts, le port de charges, les porte-à-faux et la position assise prolongée entraînaient cependant rapidement une réapparition des symptômes, et le patient restait très anxieux à l'idée d'une récidive possible. Compte tenu de ce problème, l'intéressé avait renoncé aux deux formations qu'il avait envisagées, savoir agent de police ou assistant en soins communautaires; il n'avait pas les aptitudes physiques pour la première, et la deuxième aurait nécessité un stage d'une année dans un EMS, avec toutes les contraintes que cela entraînait au niveau du rachis lombo-dorsal. Le patient avait

finalement opté pour une école de cinéma à Genève, qui délivrait, après une formation de trois ans, un diplôme reconnu non seulement en Suisse mais dans d'autres pays. Cette formation avait malheureusement un coût… on pouvait considérer que l'on se situait actuellement dans le cadre d'une réadaptation professionnelle : l'AM pouvait-elle entrer en matière, au moins pour la prise en charge des frais d'écolage, et peut-être participer à la subsistance du patient pendant cette période ?

16. Par courrier recommandé du 16 octobre 2018, l'assuré a formé opposition au préavis susmentionné. Il contestait que l'atteinte à la santé litigieuse ait préexisté à l'accomplissement de son service militaire : à son entrée en service, il était en très bon état physique, psychologique et émotionnel. Il pesait moins de 98 kg; il était sportif et pratiquait le basket deux fois par semaine et faisait, en plus, de la course à pied. Il était en bonne santé et pouvait dormir sans aucun problème, comme toute personne de son âge. Il avait décidé de faire le service long car il avait des projets professionnels, avant tout d'entrer dans la police. Afin de pouvoir réaliser son service militaire, il avait dû passer toutes sortes de tests, aussi bien physiques que psychologiques et médicaux; il les avait tous maîtrisés sans aucun problème. Durant son service, il avait dû porter de grosses charges, parfois avec son paquetage complet; il avait également dû courir avec plusieurs kilos sur le dos, quasiment tous les matins jusqu'au point d'entraînement; et il était toujours volontaire pour aider ses camarades à porter leurs charges s'ils étaient épuisés. Durant l'hiver, il avait subi quelques chutes pendant son service, à cause de la glace, mais dans tout ceci, il ne voyait aucun problème, convaincu qu'il allait bien. Malheureusement, son état de santé s'était peu à peu détérioré au niveau du dos jusqu'au 27 décembre 2017 lors de sa chute sur les fesses, laquelle avait déclenché des douleurs orthopédiques/neurologiques aiguës, jusqu'ici inconnues. Même si son état de santé s'améliorait timidement, il était loin d'être rétabli. Il arrivait à se lever, à marcher plus longtemps, et à s'asseoir plus d'une heure. Mais il avait toujours des douleurs au dos, au moindre effort, et était toujours incapable de se pencher pour ramasser un objet ou pour porter des poids. Il n'arrivait ni à poursuivre ses projets professionnels, ni à travailler. Il invitait l'AM à réévaluer son préavis, insistant sur le fait que la chute litigieuse avait engendré des séquelles graves qui l'empêchaient de considérer une formation professionnelle, tout son futur étant en somme remis en question.

17. L'AM a soumis ce courrier d'opposition au Dr G_____, le 24 octobre 2018. Elle invitait le médecin d'arrondissement à lui indiquer si ce courrier apportait de nouveaux éléments susceptibles de revoir son appréciation médicale.

18. Dans un avis motivé du 17 janvier 2019, le Dr G_____ a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de modifier sa position.

19. Par décision formelle, sujette à opposition, du 1er février 2019, l'AM a considéré en substance que les observations de l'assuré du 16 octobre 2018 n'apportaient pas de nouveaux éléments permettant de modifier les conclusions du préavis; elle a dès

lors confirmé que l'aggravation des lésions intervertébrales discales lombaires, antérieures au service, survenue durant le service militaire était éliminée en avril 2018. Du point de vue administratif, l'AM fixait la fin de l'aggravation au 31 octobre 2018. À partir du 1er novembre 2018, toutes prestations d'assurance seraient refusées à l'assuré.

20. Par courrier recommandé du 4 mars 2019, l'assuré a formé opposition à la décision du 1er février 2019 : il concluait préalablement à la mise en place d'une expertise médicale afin de déterminer avec précision les raisons de ses lésions, et sollicitait d'ores et déjà un délai supplémentaire pour pouvoir compléter son opposition à réception des conclusions de l'expertise. En substance, il persistait à contester que les lésions intervertébrales discales lombaires soient antérieures à la date de son service militaire et répétait qu'il était tombé à plusieurs reprises, pendant les hivers 2016 et 2017, à cause de la glace et des bottes non adaptées au verglas. Il avait toujours été volontaire pour aider ses camarades, citant notamment un exemple précis, ajoutant qu'il avait par ailleurs également reçu par accident un coup de crosse d'un camarade, qui avait engendré une lésion dentaire (prise en charge par l'AM). Se référant à l'art. 4 de la loi fédérale sur l'assurance militaire du 19 juin 1992 (LAM - RS 833.1), selon lequel l'assurance militaire répondait de toutes les affections physiques, mentales ou psychiques de l'assuré ainsi que de leurs conséquences économiques directes, il tenait à observer que depuis l'accident du 27 décembre 2017, il était terrorisé à l'idée de marcher rapidement, de faire du sport ou un quelconque effort qui puisse aggraver encore plus son état de santé. Il présentait ainsi des séquelles psychologiques qui ne permettaient pas d'exclure les influences délétères de l'affection qu'il avait subie. L'aggravation due à cet accident n'était par conséquent pas éliminée. Il se tenait à disposition pour une expertise psychiatrique.

21. Par courrier du 7 mars 2019, le Dr C_____ a indiqué à l'AM avoir pris connaissance de sa décision de refuser la prise en charge à plus long terme des problèmes lombaires de son patient. Ce dernier lui avait indiqué avoir fait « recours » contre cette décision; il n'intervenait pas dans ce débat, mais aurait une proposition à faire : le problème actuel de son patient était qu'il vivait dans l'angoisse permanente d'une rechute, ceci en dépit du fait qu'il ne se portait pas trop mal et qu'il ne signalait plus que quelques fourmillements occasionnels dans le pied gauche. Cette fixation anxieuse sur une rechute potentielle faisait qu'il ne portait rien, n'osait rien entreprendre et poursuivait indéfiniment sa physiothérapie et ses activités en piscine. Il avait, pour cette raison, renoncé à ses projets professionnels, - ce qui paraissait justifié du point de vue médical - mais, plongé dans une profonde dépression, il avait repris beaucoup de poids. Il avait débuté une prise en charge psychiatrique et repris un suivi diététique. Une demande de réadaptation AI était en cours, ce qui prenait toujours beaucoup de temps. Pour en gagner, il réitérait une demande qu'il avait formulée à l'époque : hospitaliser le patient une quinzaine de jours à la CRR, et commencer une pratique régulière d'exercices sous contrôle

physiothérapeutique, avec une augmentation progressive de la charge; de son avis, ce serait la seule possibilité de ramener le patient à une activité normale. Cette solution permettrait aussi de faire le bilan exact de la situation actuelle, et serait probablement moins coûteuse qu'un contentieux interminable avec expertises multiples dont le patient sortirait fortement déçu. Il se demandait qui prendrait cette hospitalisation en charge : l'AM?

22. L'AM Genève a soumis le dossier au team juridique, lequel a conclu à la confirmation de la décision entreprise. Il observait notamment que l'assuré avait moins développé son opposition qu'après l'établissement du préavis. On ne comprenait notamment pas le rapport entre la lésion dentaire du 12 avril 2017 et les troubles lombaires. Par ailleurs, le dernier rapport du médecin traitant témoignait que l'assuré ne souffrait plus de son dos, mais bien de troubles psy. Ce qui était confirmé par le courrier d'opposition de l'assuré. Or, un lien de causalité adéquate entre d'éventuels troubles psy et l'événement couvert par l'AM devait manifestement être nié. Quant à l'aggravation des troubles lombaires, tout semblait confirmer qu'elle était bien éliminée.

23. Par courrier du 10 mai 2019, une avocate s'est constituée pour la défense des intérêts de l'assuré, sollicitant un délai pour compléter l'opposition de ce dernier à l'encontre de la décision du 1er février 2019.

24. Par courrier du 28 juin 2019, l'assuré, par la plume de son conseil, observait qu'à lecture du dossier, force était de constater que la décision entreprise reposait uniquement sur l'appréciation du Dr G_____, lequel n'avait pas même examiné le patient. Il relevait à titre préalable que le résumé de ses antécédents mentionnait des éléments qui ne faisaient pas partie du dossier qui lui avait été transmis, ce qui constituait une violation de son droit d'être entendu et justifiait d'ores et déjà l'annulation de la décision entreprise. Ce résumé mettait toutefois en évidence que le rachis de l'assuré avait été considéré comme normal au moment de la visite médicale. Il rappelait le contenu du rapport du collaborateur du service extérieur du 7 mars 2018 qui, après sa visite au domicile du patient, notait l'importance de ses limitations et relevait notamment que l'assuré certifiait n'avoir eu aucune antériorité dorsale avant son service; ce qui paraissait vraisemblable car il avait fait plus d'une année de service avant que ses problèmes dorsaux n'apparaissent. Dans son appréciation du 24 septembre 2018, le médecin de l'AM se limitait à des généralités et des hypothèses, sans prendre en compte les spécificités du cas de l'assuré. Selon le système légal de l'AM, celle-ci couvrait toute affection qui se manifestait, était annoncée ou constatée de toute autre façon pendant le service. En d'autres termes, la loi présumait que l'AM répondait de toute affection qui se manifestait, était annoncée ou constatée pendant le service, comme dans le cas d'espèce. Pour se dégager de sa responsabilité, l'AM devait apporter avec certitude une double preuve : 1. il fallait que l'affection soit antérieure au service, ou qu'elle n'ait certainement pas pu être causée par les influences subies pendant le service; 2. Il fallait que l'affection n'ait pas été aggravée ou accélérée dans son cours pendant le

service. En l'occurrence, le dossier ne permettait pas de retenir un état antérieur. À supposer par impossible qu'une antériorité doive être admise, les documents au dossier établissaient que l'aggravation, d'ores et déjà admise par l'AM, subsistait à ce jour. Il était en effet manifeste que la prétendue amélioration retenue par le Dr G_____, à compter d'avril 2018, reposait uniquement sur une mauvaise lecture des documents au dossier, notamment des rapports du médecin traitant. Du reste, ce dernier continuait à considérer son patient comme totalement incapable de travailler, et ce jusqu'à ce jour. Contrairement à l'avis du médecin de l'AM, le traitement n'était pas terminé en avril 2018, étant relevé qu'il se poursuivait encore à ce jour par de la physiothérapie une à deux fois par semaine et par la prise de médicaments. Dans son rapport du 12 avril 2018, le Dr E_____ constatait que lors de sa consultation spécialisée, il subsistait notamment des douleurs, des limitations en position assise et que le patient devait utiliser deux cannes pour se déplacer. Il relevait également que son examen clinique trouvait des signes irritatifs importants et un syndrome déficitaire avec une hypoesthésie distale et une parésie M4+ du releveur du pied et M3 du releveur de l'hallux. Il concluait que le patient devait poursuivre la physiothérapie et une infiltration était même proposée. Il était donc aberrant de retenir que l'aggravation aurait pris fin en avril 2018. L'assuré s'était encore soumis récemment à une nouvelle IRM, laquelle attestait la persistance de la gravité des troubles (rapport d'IRM du 23 mai 2019). Suite à cette IRM, l'assuré avait revu le Dr E_____, lequel attestait également de la persistance des troubles et la nécessité de poursuivre le traitement notamment de physiothérapie une à deux fois par semaine (rapport du 19 juin 2019). À ce jour, l'assuré se trouvait toujours en incapacité totale de travail. Il était malheureusement toujours très limité dans ses mouvements, mais également le port de charges, porte-à-faux et positions assise ou statique. Ainsi, la responsabilité de l'AM était toujours engagée à ce jour : la décision du 1er février 2019 devait dès lors être annulée. Il concluait ainsi à la poursuite de la prise en charge de son cas par l'AM, étant précisé que son état de santé nécessitait non seulement des traitements, mais encore une réadaptation. À titre subsidiaire, si les éléments du dossier ne devaient pas suffire à l'analyse de l'AM, il sollicitait la réalisation d'une expertise médicale, dès lors qu'il était démontré que l'appréciation réalisée par le Dr G_____ sur dossier ne revêtait aucune valeur probante.

Le rapport d'IRM du 23 mai 2019 (examen du 22 mai) concluait à l'involution en taille de la volumineuse hernie discale paramédiane gauche en L4-L5 avec résolution du conflit radiculaire L4 gauche, avec une hernie plus médiane, pouvant engendrer un conflit radiculaire L5 bilatéral.

Dans ses rapports relatifs à sa consultation du 12 juin 2019 (19 juin et 18 juillet 2019, rigoureusement identiques), le Dr E_____ rappelait, à l'anamnèse, la première consultation ambulatoire du 2 février 2018, ses constatations et le fait qu'il avait alors encouragé le patient à poursuivre le traitement conservateur; il constatait qu'à la consultation de ce jour (12 juin 2019), la situation s'était améliorée

progressivement avec toutefois des douleurs intermittentes, particulièrement axiales. Il y avait un mois, il avait présenté une radiculalgie L5 cette fois-ci à droite, pour laquelle il s'était présenté aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Un traitement médicamenteux avait été prescrit et une IRM programmée. Actuellement, la situation s'était améliorée. Il ne gardait qu'une douleur axiale l'empêchant de s'asseoir longtemps, sans douleurs nocturnes, sans irradiation, sans perte de force ou de sensibilité, subjectivement. Le patient poursuivait la physiothérapie. Il avait pris du Sirdalud 4 mg le soir et de l'ibuprofène maximum 2 × 400 mg par jour. Il était prévu qu'il commence une école de cinéma en Espagne dès le mois de septembre 2019. L'IRM du 22 mai 2019 retrouvait les discopathies connues sans signaux inflammatoires aigus avec une protrusion L3-L4 sans conflit, également L4-L5 médiane, plus volumineuse, mais sans conflit, avec une disparition du fragment luxé à gauche. Le spécialiste avait discuté avec le patient de sa pathologie, des signes inquiétants et de l'absence de traitement curatif; il avait insisté sur l'aspect préventif; le patient lui avait dit être éventuellement intégré au programme de rééducation rachidienne des HUG. Il lui avait fait les recommandations d'usage et répondu à ses questions.

25. Interrogé par le service juridique de l'AM, sur la question de savoir si les rapports d'IRM du 23 mai 2019 et du Dr E_____ du 19 juin, respectivement 18 juillet 2019, permettaient de revenir sur ses conclusions (appréciations médicales des 24 septembre et 24 octobre 2018), le Dr G_____, rappelant ses conclusions initiales et commentant les pièces médicales nouvelles qui lui étaient soumises, a considéré, au vu de l'IRM mentionnée, que les atteintes discales pluriétagées allaient dans le sens d'une antériorité civile : un choc à si basse énergie cinétique ne pouvait pas créer des atteintes sur plusieurs niveaux. Les 27 mars et 12 avril 2018 (ndr : date du rapport relatif à la consultation du 2 février 2018), même si le patient avait poursuivi ses traitements de physiothérapie, une disparition des symptômes douloureux était décrite par le médecin traitant, ne laissant subsister qu'un déficit sensitif au pied gauche puis uniquement au gros orteil gauche. À ce moment-là, il avait été estimé que l'aggravation survenue durant le service militaire de cette maladie intercurrente évoluant en dents de scie, était éliminée. En conclusion, le Dr G_____ a répondu que les nouveaux rapports médicaux ne lui permettaient pas de revenir sur ses conclusions, les rapports du Dr E_____ n'étant pas contributifs pour de nouveaux éléments.

26. L'AM a rendu sa décision sur opposition le 5 mars 2020 : l'opposition était rejetée, les conclusions de la décision entreprise (1er février 2019) étant confirmées; l'effet suspensif d'un éventuel recours était retiré. L'AM a tout d'abord rappelé les principes légaux, jurisprudentiels et de doctrine applicables, en particulier le cadre des affections couvertes par l'AM, les conditions devant être réunies, charge à l'AM d'en démontrer la réalisation (fardeau de la preuve), pour être libérée de son obligation de prester, les principes régissant l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre le service militaire et l'atteinte à la santé, ainsi que les

principes du *statu quo ante vel sine*, et observé en particulier que, selon la doctrine et la jurisprudence, il n'était pas nécessaire pour estimer que l'aggravation d'une affection était éliminée ou terminée en soi, que le patient n'ait absolument plus de douleurs. L'AM a ensuite rappelé que l'assuré avait contesté le point de vue de l'AM à tous les stades de l'examen du dossier (préavis et décision formelle) et à chaque fois, elle avait resoumis le dossier à son médecin-conseil, lequel avait systématiquement examiné les nouvelles pièces produites et persisté dans ses avis antérieurs, en motivant son point de vue, de façon convaincante, de sorte que l'on pouvait accorder à ses avis successifs une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence.

27. Par courrier du 17 avril 2020, l'assuré, désormais représenté par sa mère, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans ou la CJCAS) d'un recours contre la décision sur opposition de l'AM du 5 mars 2020. Il a conclu à l'annulation de la décision entreprise. En substance, il reprenait les arguments développés précédemment; la mère de l'assuré indiquait que l'état de santé de son fils avant l'armée n'était indéniablement pas le même que pendant/après son service militaire. La chute du 27 décembre 2017 l'avait laissé handicapé jusqu'à ce jour. Malgré les rapports d'IRM et médicaux, les faits étaient tels qu'avant sa chute, il courait et jouait au basket sans crainte, et aujourd'hui toute activité physique était pour lui source de stress et de douleurs selon ses mouvements. Selon elle, il avait 25 ans et n'avait pas couru ni joué au basket depuis le 27 décembre 2017; et ce n'était pas par manque d'envie, mais bien par crainte d'aggraver sa symptomatologie. Il était dès lors incompréhensible que l'on puisse considérer que ses symptômes aient disparu en avril 2018. De plus, au-delà de l'aspect physique, il y avait une partie psychologique indéniable lors de la chronicisation des lombalgies comprenant entre autres la kinésiophobie qui n'avait été abordée par aucun des médecins rencontrés à ce jour et qui faisait malheureusement partie de son mal-être physique et psychique actuel. Ces lésions avaient dès lors engendré des limitations d'ordre physique, psychique et social, encore d'actualité. Elle estimait injuste la manière dont son fils avait été traité par l'AM dans le cadre de l'art. 5 LAM, et de son droit d'être entendu. La décision entreprise se fondait simplement sur l'estimation du Dr G_____, qui ne l'avait jamais examiné. Elle estimait nécessaire un entretien médical avec une approche globale, comprenant également l'aspect psychologique, ainsi qu'une réadaptation professionnelle.

28. Parallèlement, par courrier du 16 avril 2020, le Dr C_____ s'est adressé directement à l'office de l'AM. Il visait en premier lieu le courrier qu'il avait adressé à cette administration en mai 2018, et auquel, sauf erreur, il n'avait jamais été donné suite. S'il revenait sur cette affaire, c'était en raison du fait que le patient avait repris contact avec lui après avoir introduit un recours contre la décision de l'AM, qui avait clos le dossier en concluant que ses problèmes lombaires, s'ils avaient été révélés ou aggravés par la chute, étaient principalement liés à un état antérieur. Il ne

se prononcerait pas sur ce débat, qui serait probablement réglé dans le cadre d'une expertise. Le problème était que l'angoisse excessive d'une récidive, décrite dans son précédent courrier, restait entière et handicapait considérablement la qualité de vie du patient, qui craignait toute activité physique. Son patient qui, suite à ces problèmes lombaires, avait changé d'orientation professionnelle, terminait actuellement des études en Espagne et serait de retour en Suisse en été (2020). Il (le médecin-traitant) ferait alors une demande d'admission à la CRR, avec l'espoir de régler ce problème. Il se posait dès lors la question de savoir qui de l'AM ou de l'assurance-maladie (LAMal) prendrait cette hospitalisation en charge, dès lors que la demande en avait été faite avant que le dossier de l'AM soit clos.

29. L'AM a répondu à ce courrier le 23 avril 2020. S'agissant de la prise en charge des frais d'hospitalisation envisagés, un recours étant actuellement pendant devant la Cour de justice; il incombait, sur demande, conformément à la législation applicable (not. art. 70 al. 2 let. a LPGA) à l'assurance-maladie de prendre provisoirement ces prestations en charge.

30. L'AM a répondu au recours, par mémoire du 28 mai 2020. Elle concluait à son rejet. Renvoyant à la décision entreprise en ce qui concerne les faits pertinents, elle a brièvement commenté certains de ceux articulés par l'assuré dans son recours : elle observait notamment que les pièces du dossier ne documentaient clairement qu'une seule chute, à savoir celle du 27 décembre 2017 et, s'agissant précisément de celle-ci, à tout le moins du point de vue de la cinétique, une chute de sa hauteur ne saurait être décrite comme étant « très forte ». S'agissant de la consultation en urgence du 18 janvier 2018 à l'Hôpital de la Tour (ch. 7 du recours), l'intimée observait que le recourant se gardait bien de donner le moindre détail sur ce qui s'était passé le 18 janvier 2018 (recte : avant cette date), soit à son retour à la vie civile depuis quelque temps déjà. Les arguments et griefs développés dans le recours étaient mal fondés, et devaient être rejetés essentiellement pour les raisons suivantes : selon l'art. 5 LAM, l'AM pouvait apporter la preuve de l'antériorité au service de manière concrète, quand l'atteinte à la santé existait déjà avant celui-ci; mais elle était aussi fondée, au lieu de l'approche concrète, d'apporter la preuve abstraite que l'affection ne pouvait avec certitude avoir été causée pendant le service (art. 5 al. 2 let. a, 2ème membre de la phrase). Cette éventualité visait principalement des affections héréditaires ou congénitales qui ne pouvaient par définition avoir été causées par les influences dues au service. La preuve abstraite au sens de cette disposition revêtait aussi une importance pratique lorsque, pour une raison ou une autre, on ne disposait pas de données médicales pour la période antérieure au service. Dans une telle situation, selon la jurisprudence et la doctrine, la preuve requise pouvait être rapportée par les enseignements tirés de l'expérience médicale. En l'occurrence, c'était à juste titre que l'intimée avait suivi les conclusions de son médecin-conseil, lequel, dans ses appréciations médicales des 24 septembre 2018, 17 janvier et 3 décembre 2019, avait toujours clairement établi que les effets délétères dus aux activités consenties durant le service militaire

étaient précisément éliminés en avril 2018 déjà. En se plaignant de ne pas avoir été examiné personnellement par le médecin-conseil de l'intimée, le recourant perdait de vue que dans la mesure où ce médecin s'était fondé sur un dossier médical comprenant des constatations complètes, établies sur la base d'examens complets, il n'était pas nécessaire qu'il l'examinât personnellement. De plus, l'intimée ne prétendait pas que l'état de santé du recourant aurait cessé de poser définitivement des problèmes dès avril 2018. Avec son médecin-conseil, elle a uniquement établi que dès ladite date, l'aggravation de l'affection, constatée pendant le service, avait désormais pris fin, et que toute problématique ultérieure résiduelle ne pouvait plus être considérée comme étant du ressort de l'assurance militaire, les effets délétères des activités accomplies en service ayant précisément pris fin.

31. Le recourant a répliqué par mémoire du 24 juin 2020 : s'agissant des remarques de l'intimée au sujet des faits, il confirmait avoir fait plusieurs chutes pendant le service, ce que pourraient confirmer ses collègues par le biais d'un témoignage; il persistait à conclure à une chute « très forte » vu son ressenti et les conséquences physiques et psychiques médicales qui avaient suivi. Avant l'accident du 27 décembre 2017, il ne subissait aucune affection liée à une quelconque hernie discale : il avait passé tous les tests physiques exigés pour commencer son ER; durant son service, il avait gradé, ce qui exigeait des tests physiques supplémentaires; en admettant les allégués 1, 3, 4 et 5 de son recours, l'intimée admettait qu'avant la date du 27 décembre 2017, ni les médecins ni le personnel de l'armée n'avaient relevé un problème physique lié à une hernie discale. De plus, l'intimée se livrait à un examen abstrait en se prévalant de ce qu'elle ne disposait pas de données médicales pour la période antérieure au service; or, le dossier médical complet du recourant, à savoir de son pédiatre jusqu'à ses 18 ans et de son médecin de famille, de ses 18 ans à ce jour, indiquait clairement qu'il n'a jamais souffert d'une affection liée à une hernie discale. Il soulignait de plus que sa pratique du basket n'était pas sporadique, ayant fait partie d'un club pendant plusieurs années et participé à des championnats; or, ce sport était incompatible avec une hernie discale. Il sollicitait un délai pour produire des pièces à ce sujet. Il estimait en conséquence que le recourant (recte : l'intimée) ne pouvait pas apporter la preuve que l'affection était avec certitude antérieure au service, ni qu'elle ne pouvait pas avec certitude avoir été causée pendant ce dernier, ceci en violation de l'art. 5 al. 2 LAM. À supposer même qu'elle puisse apporter cette preuve, l'intimée avait uniquement et partiellement pris en compte l'état du recourant, soit son état physique et non pas son état psychique. Il a enfin sollicité d'une part son audition en comparution personnelle. D'autre part, se fondant sur l'art. 1 LAM en lien avec l'art. 4 LPGA (définition de l'accident), qui visent les atteintes non seulement physiques mais psychiques, il sollicitait la tenue d'une expertise psychiatrique, dans la mesure où à plusieurs reprises, il avait, avec son médecin traitant, demandé une telle expertise ainsi qu'une hospitalisation de deux à trois semaines avec physiothérapie intensive et consultation psychiatrique, ce à quoi l'intimée n'avait pas daigné répondre. En ne se prononçant pas sur l'aspect psychiatrique, l'intimée

avait, selon lui, violé son droit d'être entendu. Il concluait principalement à l'annulation de la décision entreprise, et à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de lui verser les indemnités correspondantes, avec suite de frais, subsidiairement à ce que son hospitalisation soit ordonnée pour une durée de deux à trois semaines avec un suivi physiothérapeutique et psychiatrique, de préférence à la CRR, et en outre au renvoi de la cause à l'intimée pour qu'elle statue à nouveau dans le sens des considérants.

32. Le recourant a produit ultérieurement, à l'appui de sa réplique, deux documents médicaux nouveaux émanant du docteur H_____, spécialiste FMH en pédiatrie, ancien médecin traitant du recourant, indiquant dans un certificat médical à qui de droit qu'il avait suivi le patient entre 2002 et 2012, et que pendant cette période, il n'y avait pas eu de problème de hernie discale ni de douleurs du rachis, le suivi médical étant résumé dans une pièce annexe (lettre de transfert de dossier du 20 novembre 2012 au Dr C_____); en outre, une attestation de son médecin traitant du 29 juin 2020 aux termes de laquelle il suivait ce patient sur le plan médical depuis 2012 et attestait que ce dernier n'avait jamais consulté pour des problèmes lombaires avant l'accident survenu le 27 décembre 2017, et qu'il convenait également de noter qu'aucun problème de ce type n'avait été évoqué lors de l'examen médical pratiqué lors du recrutement ou avant qu'il soit nommé appointé-chef. Le recourant a également produit une attestation du club I_____ Basket, indiquant qu'il en avait été membre en qualité de joueur pour cinq saisons, soit de 2007/2008 à 2011/2012.

33. L'intimée a dupliqué par mémoire du 27 août 2020. Elle persistait dans ses conclusions. Elle contestait en substance que le recourant ait été victime d'autres chutes en service. En effet, bien qu'il ait déclaré avoir subi d'autres chutes, la seule à être documentée était celle qui avait formellement été annoncée à l'AM, soit celle du 27 décembre 2017. Quant aux circonstances de cette chute, la version la plus détaillée se retrouvait au procès-verbal du 7 mars 2018. Ceci dit, l'intimée n'entendait nullement douter que le recourant puisse avoir eu la sensation subjective d'avoir fait une « très forte » chute. Il n'en demeurait pas moins qu'il n'avait chuté, en mouvement, que de sa hauteur, soit avec une énergie cinétique largement insuffisante pour expliquer l'apparition d'une hernie discale. Quant aux pièces nouvelles produites à l'appui de sa réplique, le recourant n'apportait pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier la décision querellée. Le fait qu'il ait été membre d'un club de basket de 2007 à 2012 et qu'il n'ait fait l'objet d'aucune investigation pour des problèmes discogènes entre 2002 et 2012, étant donné qu'il ne se serait pas plaint de douleurs lombaires pendant ces années, ne saurait prouver que le début de sa maladie discogène n'avait pas déjà commencé à son insu, selon le droit de l'assurance militaire, avant le service militaire incriminé. Il est constant, selon la science médicale, que l'usure croissante du disque intervertébral est attribuée principalement à des altérations dégénératives. Des circonstances extérieures ne peuvent entrer en jeu qu'en cas d'affaiblissement dégénératif préexistant du disque

vertébral. Or, étant donné qu'en cas de maladie discogène, le tableau clinique forme un tout homogène (critère d'identité de l'affection), la dégénérescence préexistante – même asymptomatique - a valeur de maladie avec certitude médico-pratique. Dans ce sens, elle est assimilable à une affection antérieure au service (sur ces aspects, voir Publications de l'OFAM N° 2 « Aspects médicaux en matière d'assurance militaire », édition 1998 p. 8 à 10). En l'espèce, les éléments du dossier et son instruction avaient permis d'établir que la chute du recourant du 27 décembre 2017 ne pouvait en aucun cas expliquer la hernie discale. Cela étant, selon ses propres dires, le recourant avait commencé à ressentir des douleurs lombaires même avant la chute en question. Il s'ensuivait que même le début de l'état douloureux de l'affection du recourant n'était pas attribué à la chute du 27 décembre 2017. S'agissant de l'aspect psychique, il ressortait du dossier constitué en son nom que le recourant n'avait formellement annoncé aucune affection psychique. Si, à l'avenir, tel devait être le cas, l'intimée ne manquerait pas de l'instruire. Cela dit, l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre la chute du 27 décembre 2017 et toute affection psychique dépend, premièrement, du type d'accident. D'après la dynamique de la chute documentée, il sied de constater que les conditions pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate ne semblaient pas réunies en l'occurrence.

34. La chambre de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 14 septembre 2020.

35. Le recourant a déclaré : « Je ne suis pas de traitement médical actuellement. En effet, j'étais en effet en Espagne depuis l'automne 2019 pour suivre une école de cinéma. J'ai d'ailleurs obtenu mon diplôme en Espagne. Il s'agit d'un diplôme en cinématographie, plus particulièrement dans le domaine de la réalisation. Je pratique en revanche des exercices personnels de physiothérapie et autres exercices physiques à la maison, ce que j'ai d'ailleurs fait en Espagne où j'étais confiné dans mon appartement en raison de la crise sanitaire. En relation avec les demandes formulées à l'époque et ce printemps encore par mon médecin traitant, de me faire bénéficier d'une hospitalisation à la CRR, vous me demandez quel était l'objectif d'une telle hospitalisation : comme j'ai souffert de mon dos, et que je vis toujours dans la crainte que cela recommence, car je n'ai pas envie de perdre encore une année de ma vie à devoir souffrir des conséquences d'un faux mouvement, le Dr C_____, et mon entourage d'ailleurs aussi, m'avaient indiqué que dans ce type de séjour, on pourrait m'expliquer comment faire pour éviter ce genre de problème, et pour me permettre aussi de gérer mon émotionnel, par rapport aux craintes que j'évoque. Vous me demandez ce qu'il en est de la demande de prestations que j'avais formulée auprès de l'assurance-invalidité, et notamment savoir si cette procédure est encore en cours. En réalité, je l'avais contactée, et avais été reçu par une gestionnaire, à qui j'avais exposé mon désir d'entreprendre des études dans le cinéma, en Suisse ou à l'étranger, et dans ce contexte, si l'AI pouvait m'apporter une aide financière. Il m'avait été répondu que cela serait éventuellement possible pour

la dernière année d'étude. On m'avait dit que si je partais en Espagne, l'AI ne pourrait intervenir, de sorte que mon dossier avait été fermé. Mon interlocutrice m'avait toutefois dit qu'à mon retour d'Espagne, si cela était nécessaire, je pourrais déposer une nouvelle demande, ce que j'ai fait récemment. En fait, je m'étais d'abord adressé au chômage. J'avais en effet l'idée de faire une école de cinéma en Suisse pour faire valider mon diplôme espagnol. On m'avait dit que si une aide pouvait m'être apportée, cela ne serait guère que pour 3 mois, de sorte que le conseiller m'avait suggéré de m'adresser plutôt à l'AI. Du reste, je cherchais un travail qui puisse épargner au maximum mon dos. S'agissant de ma prise de poids à l'école de recrue, elle est due au fait que je mangeais des choses beaucoup plus nourrissantes qu'en dehors du service, d'une part, et d'autre part parce qu'avant le service, je faisais beaucoup plus de sport et d'exercice physique. C'était surtout pendant la période du service long que ce phénomène s'est produit parce qu'on ne faisait pas grand-chose, et que nous passions notre temps à manger. C'est dans ce contexte que mes apnées ont recommencé. Avant le service militaire, j'avais déjà eu des apnées du sommeil à l'époque où j'étais à l'ECG. J'avais en effet pris du poids à l'époque. Pendant une courte période, j'avais été appareillé. Mais comme j'avais rapidement perdu du poids, les apnées avaient disparu, de sorte que j'avais laissé tomber la machine. En relation avec le rapport médical du Dr C_____ du 7 mars 2019, qui évoque une récente prise en charge psychiatrique, je confirme que j'avais à l'époque eu 2 consultations auprès d'un psychiatre, dont je ne me souviens plus du nom, mais quoi qu'il en soit, il est décédé entretemps. Je voudrais ajouter que j'adorais jouer au basket, faire du sport. Certes, j'avais l'intention de faire une école de police, et j'avais entrepris l'ECG dans ce but, mais ce n'est pas ce dernier aspect qui m'a fait le plus mal. Ce qui m'a fait le plus mal, c'est que le Dr E_____ m'a dit que je ne pourrais plus faire de basket. Certes, cela ne m'a pas fait plaisir de savoir que je ne pourrais pas devenir policier, mais une fois encore cela n'était pas l'essentiel. J'ai également souffert de voir mon petit cousin me demandant de le porter, et constater qu'à raison de mon dos, je ne pouvais plus le faire. Je me sens inutile, alors que j'ai toujours vécu pour aider les autres ».

Madame B_____, mère du recourant, a déclaré : « Je voudrais moi-même dire que je comprends ce qui a été écrit dans le dossier, mais je pense que l'on ne peut pas prouver que l'état de mon fils avait son origine avant le service militaire. A mon avis, l'hypothèse inverse est possible aussi. Je rappelle que le 27 décembre 2017, il courait sous la pluie, il allait vite, en descente. Aujourd'hui, il n'ose plus monter sur un vélo. Je l'ai vu souffrir, il m'a demandé de l'aider pour le mener aux toilettes, mais je ne pouvais pas le porter. De le voir souffrir, je n'avais plus envie de vivre. Il a passé une année au lit. Je vous en prie, ce que je demande, c'est qu'il soit pris en charge pour être correctement soigné ».

36. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 6 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-militaire du 19 juin 1992 (LAM - RS 833).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAM, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance militaire, à moins que la loi n'y déroge expressément.

   Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de cette loi; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

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

   Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable, d'autant qu'en 2020, Pâques tombait le 12 avril, et que cette année-là, en raison de la crise sanitaire due au coronavirus, se fondant sur l'art. 185 al. 3 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), le Conseil fédéral avait adopté l'ordonnance sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19) du 20 mars 2020, qui stipulait à son art. 1 que, lorsqu'en vertu du droit fédéral ou cantonal de procédure applicable, les délais légaux ou les délais fixés par les autorités ou par les tribunaux ne courent pas pendant les jours qui précèdent et qui suivent Pâques, leur suspension commence dès l'entrée en vigueur de la présente ordonnance et dure jusqu'au 19 avril 2020 inclus (al. 1); les effets de la suspension sont régis par le droit de procédure applicable (al. 2) et la suspension s'applique aussi aux délais fixés par les autorités ou par les tribunaux avec comme échéance une date précise entre l'entrée en vigueur de la présente ordonnance et le 19 avril 2020 (al. 3). Cette ordonnance est entrée en vigueur le 21 mars 2020 à 0h00 et a déployé ses effets jusqu'au 19 avril 2020 en prévoyant une suspension des délais jusqu'au 19 avril 2020.

5. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance militaire au-delà du 31 octobre 2018, respectivement sur le point de savoir si c'est à juste titre

que l'intimée a considéré que l'aggravation de l'état de santé de l'assuré, antérieure au service militaire, avait cessé ses effets délétères en avril 2018 déjà.

6. Selon l'art. 5 LAM, l'assurance militaire couvre toute affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée de toute autre façon pendant le service (al. 1); elle n'est pas responsable lorsqu'elle apporte la preuve que l'affection est avec certitude antérieure au service, ou qu'elle ne peut pas avec certitude avoir été causée pendant ce dernier (al. 2 let. a) et que cette affection n'a pas avec certitude été aggravée ni accélérée dans son cours pendant le service (al. 2 let. b).

   La responsabilité de l'assurance militaire pour une affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée pendant le service est fondée sur le principe dit de la « contemporanéité », en ce sens que la loi pose la présomption que le dommage a été causé par une influence due au service militaire. Il s'agit non seulement d'une présomption de fait, mais également d'une présomption juridique. La preuve de la certitude que doit apporter l'assurance militaire pour renverser cette présomption ne doit cependant pas être comprise dans un sens théorique et scientifique, mais dans son acception empirique. Elle est réputée acquise lorsqu'il est établi, selon l'expérience médicale, qu'une influence de facteurs liés au service est pratiquement exclue (ATF 111 V 141 consid. 4 et les références citées; voir aussi ATF 111 V 370 consid. 1b; SVR 2008 MV n° 3 p. 7, 8C_283/2007, consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.1).

   La preuve de l'antériorité au service peut être rapportée de manière concrète, quand l'atteinte à la santé existait déjà avant celui-ci. Une simple prédisposition maladive ne suffit toutefois pas à établir l'antériorité. L'atteinte à la santé doit s'être manifestée sous une forme ou une autre (douleurs, symptômes) ou avoir été constatée médicalement. Il n'est pas nécessaire que la maladie ait justifié un traitement ou entraîné une incapacité de travail (ATFA 1954 p. 16; arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2007 du 7 mars 2008 consid. 4.2).

   Si l'assurance militaire apporte la preuve exigée à l'al. 2, let. a, mais non pas celle exigée à l'al. 2, let. b, elle répond de l'aggravation de l'affection (art. 5 al. 3, première phrase, LAM). Cela signifie que la responsabilité de l'assurance ne prend fin, dans un tel cas, que lorsque l'aggravation est certainement éliminée (ATF 111 V 141; ATF 111 V 370 consid. 1b ATF 97 V 99; ATFA 1969 p. 198; arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2007 consid. 4.1).

   En cas d'état maladif antérieur, le lien de causalité entre les symptômes présentés par l'assuré et le service doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'entrée en service (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans les influences dues au service (*statu quo sine*). La preuve de l'élimination des influences dues au service incombe à l'assurance militaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C_283/2007, op. cit., consid. 5.2).

7. 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).

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

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).

a. 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).

b. 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).

c. Par ailleurs, le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve. Le juge est donc tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi lorsqu'un

assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'administration (ATF 125 V 351 consid. 3b/dd et 3c).

d. Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8. a. En l'espèce, il est constant que le recourant, alors qu'il effectuait ses obligations militaires en service long (ER suivi d'un service d'avancement) du 31 octobre 2016 au 3 janvier 2018, a été victime, le 27 décembre 2017, d'une chute de sa hauteur pendant qu'il faisait du jogging. Il a notamment expliqué, lors de son audition par le gestionnaire de sinistre de l'assurance militaire, le 7 mars 2018, que le 27 décembre 2017, il avait été courir comme il l'avait déjà fait; il courait derrière le cimetière St Georges, sur le petit chemin. Il avait plu et il avait glissé. Une jambe avait glissé, et en voulant se rattraper, son autre jambe avait glissé également. Il était tombé de sa hauteur. Il avait atterri sur les fesses. Il avait ressenti une douleur au dos, mais rien d'alarmant. Il avait continué son sport et était rentré chez lui. Consultant son médecin traitant le surlendemain, en raison de la persistance des douleurs dorsales, ce dernier lui avait prescrit neuf séances de physiothérapie et l'avait mis en incapacité de travail totale dès le 27 décembre. Après quelques séances de physiothérapie, il allait mieux. Les douleurs avaient pratiquement disparu. Il se sentait plutôt bien, au point que le 17 janvier 2018, il était allé jouer au basket avec des amis; en faisant un mouvement de défense, il avait eu comme un craquement et cela lui avait procuré une douleur irradiant la jambe gauche. Il avait arrêté de jouer, était difficilement rentré chez lui. Le lendemain, au réveil, il s'était levé, mais lorsqu'il voulait marcher, il avait des douleurs atroces. Il s'était alors rendu aux urgences de l'Hôpital de la Tour. Le médecin qu'il avait vu quelques minutes lui

avait dit qu'il devait avoir une sciatique. Il devait se reposer et prendre des antidouleurs. Cela devrait passer. Le lendemain, il avait pris rendez-vous avec son médecin traitant, qui lui a fait passer une IRM qui avait révélé trois hernies discales.

b. L'assurance militaire a pris le cas en charge, en raison d'une hernie radiculaire L5 gauche, sous réserve de réexamen du droit au terme de la procédure d'enquête et suivant l'évolution de l'affection. Au terme de l'instruction médicale, l'AM a conclu par préavis du 8 octobre 2018, confirmé par décision du 1er février 2019, puis sur opposition par la décision entreprise du 5 mars 2020, que l'affection dont l'assuré souffrait existait déjà avant l'entrée au service militaire, et que l'aggravation des lésions intervertébrales lombaires, survenue durant la période de service militaire, était éliminée en avril 2018; mais du point de vue administratif, l'AM fixait la fin de l'aggravation au 31 octobre 2018, mettant fin dès cette date au versement de prestations d'assurance. Le recourant conteste que l'atteinte à la santé litigieuse (hernies discales pluriétagées) soit antérieure au début de son service militaire, respectivement si l'antériorité devait être admise, que l'aggravation survenue en cours de service fût éliminée en avril 2018, contestant même qu'elle le fût au moment du recours. Le recourant contestant la valeur probante de l'avis, respectivement des avis successifs, du médecin-conseil de l'intimée, notamment au motif que le Dr G_____ ne l'avait jamais examiné, il y a tout d'abord lieu, conformément aux principes de jurisprudence rappelés ci-dessus, de déterminer si, contrairement à ce que soutient le recourant, une pleine valeur probante peut être accordée à l'avis du Dr G_____.

9. a. Le médecin-conseil de l'intimée a régulièrement été consulté par l'AM, à mesure de l'évolution de l'instruction médicale et de la procédure administrative. Il s'est prononcé au sujet du dossier dans ses appréciations médicales des 24 septembre 2018, 17 janvier et 3 décembre 2019. Elles émanent d'un spécialiste reconnu dont les avis montrent une pleine connaissance du dossier, dont l'aspect médical comprenait des constatations complètes, établies sur la base d'examens complets, par les médecins qui ont eu à connaître du cas, en particulier le médecin traitant ou les spécialistes consultés par le recourant sous le contrôle de son médecin traitant; les avis du médecin-conseil aboutissent à des résultats convaincants, leurs conclusions sont sérieusement motivées, ne contiennent pas de contradictions et aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le Dr G_____ a toujours clairement établi que les effets délétères dus aux activités consenties durant le service militaire étaient précisément éliminés en avril 2018 déjà.

b. On remarquera préalablement que le grief du recourant, qui se plaint de ne pas avoir été examiné personnellement par le médecin-conseil de l'intimée, n'est pas fondé : le recourant perd en effet de vue que dans la mesure où ce médecin s'était fondé sur un dossier médical comprenant des constatations complètes, établies sur la base d'examens complets, il n'était pas nécessaire qu'il l'examinât personnellement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.1.4 et réf.).

c. Dans son appréciation médicale du 24 septembre 2018 (dont le détail figure ci-dessus En fait ch. 13), le Dr G_____, après avoir résumé les faits déterminants (chute sur les fesses en décembre 2017 et faux mouvement en jouant au basket en janvier 2018) dans le cadre d'un service long, a consigné dans son rapport les éléments d'une anamnèse très complète, tenant compte des plaintes successivement émises par l'assuré; il a repris par le détail les éléments et les pièces médicales versées au dossier et procédé à son appréciation : il a tout d'abord rappelé que d'un point de vue médicothéorique, une hernie discale commence habituellement à se former très tôt dans la vie, souvent dès la première adolescence, voire plus tôt. La première décompensation de cette hernie discale était survenue après une chute de l'assuré, de sa hauteur sur les fesses. Si ce type de chute pouvait favoriser l'apparition d'une hernie discale, l'énergie cinétique dégagée par un tel choc (chute sur les fesses de sa hauteur) était ici largement insuffisante. En plus, elle s'était produite sur un sol plutôt meuble qui avait amorti le choc (terrain herbeux et mouillé). Par ailleurs, l'IRM de janvier 2018, quatre semaines après la chute, allait aussi dans le sens d'un choc à basse énergie, compte tenu de l'absence d'œdème osseux (normalement visible pendant plusieurs mois, si présent). Décrivant les éléments que montrait le rapport d'IRM, le médecin observait que cela n'avait pas pu s'installer durant le service militaire, même long (durée trop brève) et parlait en faveur d'une antériorité civile dégénérative des lésions discales. Il concluait donc à une antériorité de ces lésions intervertébrales discales lombaires. En tenant compte de l'apparition du tableau algique et du discret déficit sensitivomoteur, on pouvait toutefois admettre qu'une aggravation était survenue durant l'ER-SIB prom, sur le plan algique et fonctionnel. Au vu du rapport du médecin traitant, l'aggravation avait disparu en avril 2018 (traitement terminé, symptômes disparus hormis un léger déficit sensitif au pied gauche).

On ajoutera, au sujet des observations et conclusions du médecin-conseil concernant la hernie discale, que la jurisprudence constante du Tribunal fédéral retient que 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).

Dans le cas d'espèce, certes le médecin traitant a prescrit un arrêt de travail dès la première consultation, ce qui peut aisément se comprendre pour une durée relativement brève, vu les douleurs présentes; en revanche, l'évènement du 27 décembre 2017 n'était pas un accident d'une importance particulière au sens de la jurisprudence. C'est d'ailleurs le lieu de relever que le médecin traitant n'a jamais sérieusement justifié la persistance de l'incapacité totale de travail de son patient au-delà du mois de mars 2018, en dépit de la quasi-disparition des douleurs lombaires. Ainsi, les observations et conclusions du Dr G_____ sont convaincantes, aucun élément du dossier, notamment les nombreux rapports médicaux du Dr C_____, comme ceux d'ailleurs du Dr E_____, neurochirurgien, n'ayant jamais critiqué les avis du médecin-conseil, ni avancé des éléments susceptibles de faire douter de la fiabilité de ses conclusions, ou mis en évidence des éléments objectifs importants dont il n'aurait pas tenu compte. S'agissant du neurochirurgien susmentionné, dès sa première consultation, du 2 février 2018, il relatait notamment la chronologie des événements depuis la chute du 27 décembre 2017, notait que les traitements médicaux et de physiothérapie qui s'en étaient suivis avaient conduit à une amélioration totale, raison pour laquelle le patient avait décidé de jouer au basket le 17 janvier 2018 : il aurait fait un faux mouvement avec récidive de la douleur, beaucoup plus intense qu'auparavant, ainsi que des paresthésies jusque dans l'hallux. Il retenait aussi que le patient ne prenait alors que de l'ibuprofène 3 × 400 mg/j avec, au jour de la consultation – 2 février 2018, déjà - , une amélioration importante de la symptomatologie, bien qu'il restât une douleur résiduelle provoquant des réveils nocturnes et s'exacerbant en position assise. Au jour de l'examen, après corticothérapie et sous anti-inflammatoires, sans antalgiques, la situation s'améliorait rapidement avec une douleur résiduelle, particulièrement en position assise. L'examen clinique retrouvait encore des signes irritatifs importants, et un syndrome déficitaire avec une hypoesthésie distale et une parésie M4+ du releveur du pied et M3 du releveur de l'hallux. La durée d'évolution était extrêmement brève; il n'y avait pas de signes cliniques suffisants pour indiquer une intervention chirurgicale actuellement; cependant, l'évolution était à surveiller de près. Pour cette raison, le spécialiste avait prescrit la poursuite de la physiothérapie afin d'effectuer une rééducation des déficits, mais surtout pour avoir

un suivi objectif régulier. Il avait évoqué avec le patient une possible infiltration radio guidée, mais sa mère était réticente, ayant elle-même subi le geste par le passé, avec une complication rare de type insuffisance surrénalienne. Le diagnostic et le pronostic avaient été expliqués au patient, avec à ce jour, statistiquement, une probabilité d'amélioration importante. Le patient le recontacterait si la douleur persistait, et se manifesterait immédiatement si la parésie s'aggravait. Force est de constater que le recourant n'a plus recontacté ce spécialiste, avant le 12 juin 2019, notamment pour lui soumettre une récente IRM, mais non pas en raison de la persistance de la douleur ou de l'aggravation de la parésie, comme évoqué lors de la consultation du 2 février 2018. Du reste, le rapport de consultation du 19 juin, respectivement 18 juillet 2019, était plutôt rassurant (on a d'ailleurs peine à comprendre la raison pour laquelle ce spécialiste a une nouvelle fois établi, mais daté du 18 juillet 2019, un tirage de son rapport de consultation du 19 juin précédent). Ces deux rapports (identiques) ont été soumis au médecin-conseil de l'intimée : ce dernier a conclu que ces rapports ne lui permettaient pas de revenir sur ses conclusions initiales (appréciations médicales des 24 septembre et 24 octobre 2018) : au contraire, au vu de l'IRM mentionnée, les atteintes discales pluriétagées allaient dans le sens d'une antériorité civile : un choc à si basse énergie cinétique ne pouvait pas créer des atteintes sur plusieurs niveaux. Il rappelait que les 27 mars et *12 avril 2018* (date du rapport relatif à la consultation du Dr E_____ du 2 février 2018), même si le patient avait poursuivi ses traitements de physiothérapie, une disparition des symptômes douloureux était décrite par le médecin traitant, ne laissant subsister qu'un déficit sensitif au pied gauche puis uniquement au gros orteil gauche. À ce moment-là, il avait été estimé que l'aggravation survenue durant le service militaire de cette maladie intercurrente évoluant en dents de scie, était éliminée. De l'avis de la chambre de céans, et contrairement à ce que soutient le recourant, la conclusion du médecin-conseil de l'intimée était fondée. En effet, il ressortait du courrier du médecin traitant du 27 mars 2018 (ci-dessus En fait ad ch. 8) que le problème lombaire était pratiquement réglé, et l'on se situait dès lors dans un contexte psychique, plus que somatique. Le fait que le patient poursuivait alors encore la physiothérapie était plus lié à son anxiété par rapport à une éventuelle récidive qu'à une véritable nécessité, sur le plan somatique. Ainsi, la persistance des séances de physiothérapie ne justifiait pas que l'on ait pu considérer que l'aggravation passagère de la hernie discale préexistant au service militaire n'ait pas été résolue à ce moment-là, a fortiori dès le mois suivant.

Du reste, par la suite, cet aspect psychique a toujours été mis en avant par le recourant, soutenu par son médecin traitant, qui, informé par son patient des décisions de l'AM, écrivait encore à cette assurance, le 7 mars 2019, avoir pris connaissance de sa décision de refuser la prise en charge à plus long terme des problèmes lombaires de son patient. Ce dernier lui avait indiqué avoir fait « recours » contre cette décision; il précisait alors qu'il n'entendait pas intervenir dans ce débat, mais aurait une proposition à faire : le problème actuel de son patient était qu'il vivait dans l'angoisse permanente d'une rechute, ceci en dépit du fait qu'il

ne se portait pas trop mal et qu'il ne signalait plus que quelques fourmillements occasionnels dans le pied gauche. Cette fixation anxieuse sur une rechute potentielle faisait qu'il ne portait rien, n'osait rien entreprendre et poursuivait indéfiniment sa physiothérapie et ses activités en piscine. Il avait, pour cette raison, renoncé à ses projets professionnels, - ce qui paraissait justifié du point de vue médical -, mais, plongé dans une profonde dépression, il avait repris beaucoup de poids. Il avait débuté une prise en charge psychiatrique et repris un suivi diététique. Une demande de réadaptation AI était en cours, ce qui prenait toujours beaucoup de temps. Pour en gagner, il réitérait une demande qu'il avait formulée à l'époque : hospitaliser le patient une quinzaine de jours à la CRR, et commencer une pratique régulière d'exercices sous contrôle physiothérapeutique, avec une augmentation progressive de la charge; de son avis, ce serait la seule possibilité de ramener le patient à une activité normale. Cette solution permettrait, selon lui, aussi de faire le bilan exact de la situation actuelle, et serait probablement moins coûteuse qu'un contentieux interminable avec expertises multiples dont le patient sortirait fortement déçu. Il ressortait de manière évidente de ce courrier que le médecin traitant n'avait en réalité rien à redire à la décision de l'AM de mettre fin à ses prestations, en ce qui concerne l'aspect somatique, et son commentaire au sujet du fait que son patient poursuivait « indéfiniment sa physiothérapie et ses activités en piscine », montre bien que pour le Dr C_____, la persistance de ces pratiques par son patient ne tenait en réalité qu'à des motifs psychiques. Mais en tant que médecin traitant et au vu du rapport de confiance qui le liait à son patient, il ne pouvait guère l'exprimer en d'autres termes.

La chambre de céans considère dès lors que l'avis, respectivement les avis successifs, du médecin-conseil de l'intimée, sur lesquels cette dernière s'est fondée pour mettre fin à ses prestations, - du reste non pas dès fin avril 2018, mais dès fin octobre 2018, étaient parfaitement fondés et doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

10. Il y a lieu d'observer que l'assuré, représenté par sa mère dans le cadre de son recours déposé par courrier du 17 avril 2020, développe une argumentation guère convaincante quant à la contestation de la décision entreprise, en ce qui concerne l'antériorité de la hernie discale par rapport à son entrée en service. Il se borne à cet égard, par la voix de sa mère s'exprimant à titre personnel, à affirmer que son état de santé avant l'armée n'était indéniablement pas le même que pendant/après son service militaire. Il n'est pas contestable en effet que sa chute du 27 décembre 2017 a pu révéler l'existence d'une atteinte à la santé, antérieure au service militaire et asymptomatique jusqu'alors, mais cela n'est d'évidence pas suffisant pour justifier que cette chute, somme toute relativement banale, et d'une gravité toute relative, ait pu causer la hernie discale litigieuse : on ne saurait en effet retenir l'existence d'un lien de causalité naturelle avec l'évènement du 27 décembre 2017 au seul motif qu'avant cet événement - respectivement avant son entrée en service - , le recourant n'avait jamais émis de plainte en ce qui concerne son dos. Cela reviendrait en effet

à se fonder sur l'adage *post hoc ergo propter hoc* (après le fait, donc à cause de ce fait), lequel ne permet pas, selon la jurisprudence, d'établir l'existence d'un tel lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.). Les attestations du pédiatre et du médecin traitant selon lesquelles le patient ne s'était jamais plaint de douleurs dans le dos, pendant l'adolescence et dès l'âge de 18 ans, n'y changent rien. Tout au plus peut-on en déduire qu'il se trouvait alors dans un état asymptomatique, ce qui n'est pas la démonstration de l'absence de l'atteinte dégénérative très importante, révélée par l'IRM du 24 janvier 2018.

Le recours fait une description manifestement excessive et exagérée de l'évolution de l'état de santé du recourant depuis le 27 décembre 2017 : dans l'exposé des faits, le recourant (sa mère) évoque l'événement du 27 décembre 2017 suivi de la consultation du médecin traitant, deux jours après. Puis, sans transition, elle évoque le matin du 18 janvier 2018 où, à son réveil son fils, voulant se rendre aux toilettes, ne pouvait plus marcher, de sorte qu'ils se sont rendus en urgence à l'Hôpital de la Tour. C'était toutefois omettre ce que l'intéressé expliquait lui-même, le 7 mars 2018, lors de son audition par le gestionnaire de sinistre de l'AM : qu'après quelques séances de physiothérapie, prescrites par son médecin traitant le 29 décembre 2017, il allait mieux. Les douleurs avaient pratiquement disparu. Il se sentait plutôt bien, au point que le 17 janvier 2018, il était allé jouer au basket avec des amis. L'omission de ce rappel important dans la chronologie est sans doute à mettre sur le compte de l'argumentation de sa mère dans les motifs à l'appui du recours : elle allègue en effet que la chute du 27 décembre 2017 a laissé son fils handicapé, depuis sa chute jusqu'à ce jour (17 avril 2020); « en effet, malgré les rapports d'IRM et médicaux, les faits sont tels qu'avant sa chute il courait et jouait au basketball sans crainte et qu'aujourd'hui toute activité physique est source de stress et de douleurs selon ses mouvements ». Elle souligne en gras que son fils, âgé de 25 ans, n'avait pas couru ni joué au basketball depuis le 27 décembre 2017; et ce n'était pas par manque d'envie mais bien par crainte d'aggraver sa symptomatologie. Ce qui lui permettait de faire le lien avec l'argument suivant, à savoir qu'au-delà de l'aspect physique, il y avait une partie psychologique indéniable lors de la chronicisation des lombalgies comprenant, entre autres, la kinésiophobie, qui n'avait, selon elle, été abordée par aucun des médecins rencontrés à ce jour et qui faisait malheureusement partie de son mal-être physique et psychique actuel; en quoi elle se trompe car c'est bien ce qu'évoque le Dr C_____ depuis mars 2018. Ceci dit, elle se gardait bien de préciser qu'au jour du dépôt du recours, son fils se trouvait en Espagne, depuis l'automne 2019, en train de suivre une école de réalisateur de cinéma. Ce n'est en effet qu'à lecture du courrier du Dr C_____ du 16 avril 2020 à l'office de l'AM, à la veille du dépôt du recours, que ce dernier évoque l'actuel séjour de son patient en Espagne pour études (ndr. : le Dr E_____ avait également évoqué ce projet, imminent, dans son rapport de l'été 2019). Le Dr C_____ indique, dans son courrier d'avril 2020, que s'il revient sur cette affaire, c'est que le patient avait repris contact après avoir introduit un recours contre la décision de l'assurance militaire qui avait clos le dossier en concluant que les

problèmes lombaires de ce patient, s'ils avaient été révélés ou aggravés par la chute, étaient principalement liés à un état antérieur. Il précisait à nouveau ne pas se prononcer sur ce débat, « qui serait probablement réglé dans le cadre d'une expertise ». Ceci pour indiquer que le problème résidait dans l'angoisse excessive d'une récidive, déjà évoquée dans un courrier précédent de mai 2018, mais qui selon le médecin traitant restait entière et handicapait considérablement la qualité de vie de son patient. Il rappelait ainsi que suite à ses problèmes lombaires, son patient avait changé d'orientation professionnelle; il terminait actuellement des études en Espagne, et serait de retour en Suisse dans le courant de l'été; le médecin annonçait qu'il ferait alors une demande d'admission à la CRR avec l'espoir de régler le problème de son patient. Il demandait à l'AM qui de l'assurance militaire ou de l'assurance-maladie prendrait en charge cette hospitalisation. Ce courrier montre qu'en réalité, le patient n'était plus sous aucun traitement depuis un certain temps, et ne l'avait plus consulté depuis pas mal de temps, et pas seulement parce qu'il était à l'étranger : à son retour, il n'a apparemment pas repris de traitement, ce qu'il a confirmé d'entrée de cause lors de son audition par la chambre de céans. Il n'avait en réalité repris contact (plus vraisemblablement sa mère) au moment du dépôt du recours que pour les besoins de la procédure.

11. L'argument relatif à l'état psychique développé par le recourant après l'événement du 27 décembre 2017 n'était certes pas nouveau. Comme on l'a vu, le Dr C_____ l'avait déjà évoqué lors de précédents rapports médicaux, annonçant même, dans son courrier du 7 mars 2019, que son patient ayant dû renoncer à ses projets professionnels notamment de policier, était plongé dans une profonde dépression et qu'une prise en charge psychiatrique avait débuté ainsi qu'un suivi diététique à la suite d'une nouvelle prise de poids. Sur opposition déjà, le recourant sollicitait une expertise psychiatrique.

    Il n'en demeure pas moins que, comme le relevait déjà la responsable des prestations de l'AM Genève dans ses observations au team juridique dans le cadre de l'opposition du patient du 4 mars 2019, un lien de causalité adéquate entre d'éventuels troubles psychiques et l'événement couvert par l'AM devait manifestement être nié; ce que confirme à juste titre l'intimée dans sa duplique du 27 août 2020.

12. On rappellera en effet que selon la jurisprudence développée en matière d'accidents, dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133

consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories (grave ou de peu de gravité). Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont

les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;

- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;

- la durée anormalement longue du traitement médical;

- les douleurs physiques persistantes;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;

- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;

- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

Ces principes étant rappelés, il n'apparaît pas nécessaire de développer plus amplement le mérite de l'argumentation développée par le recourant : non seulement l'événement du 27 décembre 2017 apparaît devoir être qualifié d'accident de peu de gravité; et même à supposer que l'on puisse qualifier cet événement d'accident de gravité moyenne à la limite du cas de peu de gravité, les conditions posées par la jurisprudence pour reconnaître un lien de causalité adéquate entre l'événement assuré et les troubles psychiques ne seraient quoi qu'il en soit pas réunies. Dans le cas d'espèce, le dossier ne met en évidence la réalisation d'aucun des critères susmentionnés. Mais il convient encore d'observer que, comme l'a relevé l'intimée, si le médecin traitant a évoqué, notamment depuis mars 2018, une problématique psychique de son patient, un diagnostic psychiatrique n'a jamais été posé, ni n'a fait l'objet d'une annonce spécifique à l'AM. D'autre part et surtout, dûment interrogé lors de son audition par la chambre de céans, en relation avec le courrier de son médecin traitant du 7 mars 2019, qui évoquait une récente prise en charge psychiatrique, le recourant a confirmé qu'il n'avait eu à l'époque que deux consultations auprès d'un psychiatre, dont il ne se souvenait pas du nom, relevant que, quoi qu'il en soit, ce thérapeute était décédé entre temps. Il a du reste confirmé par ailleurs qu'il s'était en effet rendu en Espagne depuis l'automne 2019 pour suivre une école de cinéma, dont il avait d'ailleurs obtenu un diplôme. Quant à la demande de prestations de l'assurance-invalidité qu'il disait avoir présentée à

l'époque, il a expliqué qu'il avait exposé à une gestionnaire de l'office de l'assurance-invalidité son désir d'entreprendre des études dans le cinéma et qu'il souhaitait savoir si, dans ce contexte, une aide financière de l'assurance-invalidité pouvait lui être apportée. Dans la mesure où on lui avait dit que s'il partait en Espagne, l'AI ne pourrait intervenir, son dossier avait été fermé; son interlocutrice lui avait toutefois précisé que, si cela était nécessaire, il pourrait déposer une nouvelle demande à son retour de l'étranger. Il l'avait donc fait récemment, après s'être d'abord adressé au chômage, à qui il avait exposé son idée d'accomplir une école de cinéma en Suisse pour faire valider son diplôme espagnol. On lui avait dit que si une aide pouvait lui être apportée, cela ne serait guère que pour trois mois, de sorte que le conseiller lui avait suggéré de s'adresser plutôt à l'AI. Ce qu'il venait de faire.

Au vu de ce qui précède, la problématique psychique évoquée et la nécessité d'une expertise psychiatrique n'apparaissent, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas devoir faire l'objet d'autres actes d'instruction, lesquels n'étant de toute manière pas susceptibles d'influencer le sort du présent recours. Un renvoi à l'autorité inférieure pour instruction complémentaire n'apparaît pas non plus justifié.

13. Il résulte de ce qui précède que la décision entreprise n'est pas critiquable. En tout point mal fondé, le recours sera rejeté.

14. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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