RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2465/2022 **ATAS/233/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 avril 2023

1ère Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marco ROSSI	recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Division juridique, Fluhmattstrasse 1, LUZERN	intimée

Siégeant : Fabienne MICHON RIEBEN, Présidente; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1959, a été engagé en qualité d'aide-géomètre le 1er mars 1986 par la société B_____ SA (ci-après : l'employeur). A ce titre, il est assuré auprès de la SUVA pour les accidents professionnels et non professionnels.

b. Le 1er décembre 2021, alors qu'il soulevait un regard sur un chantier, il avait heurté avec son dos un robinet caché par du lierre, en se tournant, selon la déclaration de sinistre du 6 décembre 2021.

c. Il a été en arrêt de travail à 100 % du 6 au 20 décembre 2021.

d. Il a à nouveau été en arrêt de travail à 100 % du 14 février au 14 mars 2022, puis à 50 % du 14 mars au 30 avril 2022, et à 25 % du 1er au 13 mai 2022.

e. Selon le rapport médical du docteur C_____ du 7 mai 2022, les lombalgies ayant suivi l'accident du 1er décembre 2021, s'étaient amendées avec un traitement antalgique et de physiothérapie ainsi qu'un arrêt de travail de trois semaines. Le 14 février 2022, les lombalgies s'étaient exacerbées à la suite d'un gros effort et un travail avec la perceuse. L'assuré avait consulté la permanence d'Onex, avait été mis en arrêt de travail et avait consulté ce médecin. Une IRM lombaire et une autre de la hanche gauche avaient été effectuées. L'évolution avait été lentement favorable avec du repos, de la physiothérapie et un traitement antalgique.

Le pronostic pouvait être considéré comme réservé en raison des charges parfois lourdes liées à la profession de l'assuré et un risque de récidive n'était pas négligeable.

Parmi les circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison, il a cité les troubles dégénératifs lombaires et la présence d'une hernie discale.

f. Selon le rapport du 24 février 2022 d'Affidea CDRC, l'IRM lombaire effectuée en lien avec les douleurs lombo-sacrées gauche qui perduraient après un traumatisme par choc direct en décembre 2021, a révélé un canal lombaire étroit L4-L5, principalement en rapport avec une arthrose inter-apophysaire postérieure et une discopathie diffuse avec étalement du matériel discal, présence surajoutée d'une hernie discale avec séquestre ayant migré au départ de L4-L5 en rétrocorporéal L5 gauche, responsable du conflit avec la racine L5 gauche.

L'IRM de la hanche gauche effectuée le 4 mars 2022 était sans anomalie notable.

g. Dans son rapport du 16 mai 2022 en lien avec l'accident du 1er décembre 2021, la doctoresse D_____ avait considéré qu'il n'y avait pas d'indication, dans le contexte, de procéder à une radiographie de la colonne lombaire en urgence, avait diagnostiqué un lumbago avec contractures musculaires réactionnelles

paralombaires. La radiographie du 14 février 2022 montrait un état dégénératif mais sans fracture tassement suite au choc contre le robinet le 1er décembre 2021. L'assuré n'avait pas consulté entre le 1er décembre 2021 et le 14 février 2022.

Selon le patient, en prenant des mesures souterraines, il avait soulevé un couvercle de canalisation et, en se relevant, il avait subi un choc contre un robinet sur le côté paralombaire gauche. Les douleurs avaient été immédiates. Il n'y avait pas eu de chute.

h. Selon le rapport de la doctoresse E_____ du 31 mai 2022, médecin-conseil de la SUVA, chirurgien orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, l'évènement traumatique du 1er décembre 2021 avec choc au bas du dos contre un robinet avait pu provoquer une contusion pour un mois maximum, ensuite duquel il s'agissait d'un statu quo sine, si l'assuré était asymptomatique auparavant, vu l'importance de l'état dégénératif sur deux niveaux de la colonne lombaire. Il n'y avait pas de rechute en causalité naturelle avec vraisemblance prépondérante en février 2022. La lombosciatalgie droite était donc en relation avec une atteinte dégénérative L4-L5 et L5-S1 préexistante. La hernie discale L4-L5 n'avait pu être produite par un choc contre le robinet et le fragment d'hernie discale se situait en L4-L5 gauche alors que le patient avait une sciatalgie droite.

i. Selon l'appréciation médicale de la médecin-conseil du 21 juin 2022, qui s'est fondée sur les constats ressortant de l'IRM effectuée le 24 février 2022, sur ceux du médecin généraliste du 16 mai 2022, et sur les radiographies, l'évènement traumatique du 1er décembre 2021 avait tout au plus provoqué une contusion de la région lombaire, qui n'avait pas pu être objectivée par les médecins consultés et à l'IRM du 24 février 2022. On pouvait considérer que cette contusion avait cessé de faire valoir ses effets après quatre semaines au maximum, après quoi c'était l'état dégénératif préexistant qui avait provoqué une douleur et un nouvel arrêt de travail en février 2022. Il n'y avait donc pas de causalité naturelle avec vraisemblance prépondérante en février 2022.

B. **a.** Par décision du 23 juin 2022, la SUVA, considérant que les troubles persistant n'avaient plus aucun lien avec l'accident du 1er décembre 2021 et que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint au plus tard à quatre semaines de l'évènement accidentel, a clos le cas au 13 février 2022 au soir et a mis fin aux prestations d'assurance et au versement de prestations à cette même date.

b. Le 28 juin 2022, l'assuré a formé opposition à cette décision. En tombant lourdement en arrière contre le robinet le 1er décembre 2021, il avait peut-être subi un impact sur son dos et son bassin, qui l'avait empêché de marcher correctement pendant une période assez longue et il avait senti des douleurs et des gênes en lien avec « le robinet sur les lombaires ». Il prenait des médicaments lorsqu'il sentait que le bas de son dos était enflammé et pas souple. Il s'était rendu à deux reprises aux urgences, les 1er décembre 2021 et 14 février 2022, avec le dos complètement

bloqué. Il avait commis l'erreur de retourner travailler entre ces deux périodes, mais pas dans son état normal et ne tenant que grâce aux médicaments et à l'opinion de son médecin selon laquelle il était sur la bonne voie. Son dos s'enflammait néanmoins à répétition. Sur une période de six mois, il avait connu des périodes plus ou moins favorables, avec l'impression que son état s'empirait à chaque fois. Il allait désormais globalement mieux, même s'il prenait des médicaments, moins fréquemment. Avant son accident, il n'avait jamais eu de souci de santé (maladie), hormis des accidents.

Il a joint le résumé de ses antécédents, fournis à son médecin traitant, duquel il ressort qu'il avait subi :

- un accident en 1985, avec un tassement des côtes,
- un accident de ski en 2001, qui avait touché son genou gauche,
- un accident sur son lieu de travail en 2009, soit avoir été happé par une voiture, qui avait occasionné une fracture du plateau tibial à trois endroits et nécessité une opération du genou gauche,
- un accident sur son lieu de travail en 2010, soit une chute de plus de 3 m de hauteur sur un talus et arrêtée par un mur, avec plusieurs contusions aux jambes, dos et bras.

Depuis lors, il avait des douleurs au niveau de la jambe, du dos et parfois à l'arrière du genou gauche. Il avait continué à travailler toutes ces années, sans arrêt de travail, prenant des médicaments lorsqu'il avait trop de douleurs. Depuis sa chute le 1er décembre 2021, des douleurs au niveau du bassin/fémur persistaient et il lui était impossible de rester assis ou de marcher normalement, avec une perte de la masse musculaire et beaucoup de peine à récupérer.

c. Par décision sur opposition du 1er juillet 2022, la SUVA a confirmé la décision du 23 juin 2022, se fondant, en l'absence d'élément contraire, sur les avis de son médecin-conseil du 31 mai et 21 juin 2022, ainsi que sur la jurisprudence — elle-même fondée sur l'expérience médicale — selon laquelle pratiquement toutes les hernies discales s'inséraient dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un évènement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite de l'atteinte. Tel est le cas lorsque l'accident revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entrainer une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale apparaissent immédiatement, entrainant aussitôt une incapacité de travail. Les documents contemporains à l'accident ne permettaient pas d'admettre que l'assuré avait fait une lourde chute et il n'y avait aucun motif de remettre en cause la version des faits qu'il avait donnée alors qu'il était encore marqué par l'évènement.

C. **a.** Par acte déposé le 2 août 2022, M. A_____ a formé recours contre la décision précitée, demandant que la SUVA prenne en charge son accident du 1er décembre 2021, relevant que l'assurance n'avait pas pris en compte le fait qu'il était tombé en arrière lourdement sur un sol caillouteux, ce qui expliquait certainement que les douleurs persistaient et l'empêchaient d'exercer son activité professionnelle — étant en arrêt de travail à 50 % —, n'ayant pas subi d'accidents déclarés susceptibles d'avoir des conséquences sur son dos. Il avait dû se rendre aux urgences le 24 février 2022 car les douleurs étaient insupportables malgré la prise de médicaments prescrits depuis l'accident.

b. Dans sa réponse du 17 août 2022, la SUVA a conclu au rejet du recours, relevant que le recourant n'alléguait aucun fait nouveau.

c. Par courrier du 14 septembre 2022, le recourant a persisté dans son recours, relevant qu'il ressentait toujours d'importantes douleurs, dont il ne souffrait pas avant l'accident à l'origine de la procédure.

EN DROIT

1.

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

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

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

2. Le litige porte sur le droit aux prestations du recourant au-delà du 13 février 2022 au soir, s'agissant de l'accident du 1er décembre 2022.

2.1 Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

2.2 La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le

médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les

références ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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).

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 a Cst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est

pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2 ; 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

2.3 En l'espèce, l'intimée ne conteste pas le fait que les conditions d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA étaient remplies s'agissant de l'événement du 1er décembre 2021. Se pose la question de savoir si c'est à juste titre qu'elle a nié la persistance d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les douleurs lombaires et l'événement accidentel au-delà du 13 février 2022.

L'intimée a considéré que les troubles persistant au niveau de la zone lombaire n'avaient plus aucun lien de causalité avec l'événement du 1er décembre 2021 et a décidé d'arrêter de prester après le 13 février 2022, en se fondant sur les appréciations médicales de la Dresse E_____ des 31 mai et 21 juin 2022.

Ce médecin expose que le choc du 1er décembre 2021 avait pu créer une contusion pendant un mois, à la suite duquel le statu quo sine avait été atteint au regard de l'importance de l'état dégénératif de la colonne lombaire, qui expliquait la lombosciatalgie droite et la hernie discale. Cette appréciation est clairement exposée, dûment motivée et convaincante et n'est infirmée par aucun élément du dossier, étant au surplus relevé que le recourant avait connu par le passé d'autres accidents, impliquant notamment son dos, et pour lesquels il a indiqué qu'il avait dû prendre par périodes un traitement antalgique, et subi, le 14 février 2022, un nouvel évènement à ce niveau.

L'analyse de la Dresse E_____ est compatible avec les explications constantes du recourant – étant relevé qu'il n'a pas parlé de chute avant le 1er mars 2022 – et qui a lui-même concédé, dans son opposition, qu'il était possible que son état reflète les séquelles de l'un de ses accidents du passé. Elle est également conforme aux conclusions de ladite spécialiste s'agissant de l'IRM lombaire.

Aucun indice concret au dossier ne permet de mettre en cause le bien-fondé des conclusions de la Dresse E_____. Le recourant n'a apporté aucune pièce médicale attestant de ce que les atteintes lombaires seraient encore en lien de causalité avec l'accident. Le fait que le médecin traitant du recourant continue à attester d'une incapacité de travail partielle ne lui est d'aucun secours. Conformément à la jurisprudence précitée, il n'est en effet pas exigé de l'assureur-

accident qu'il apporte la preuve négative qu'il ne subsiste plus aucune atteinte à la santé.

Ainsi, au vu de l'ensemble des éléments médicaux au dossier, il convient de suivre les conclusions de la Dresse E_____ et de retenir que l'atteinte lombaire provient soit d'un état antérieur soit d'un évènement postérieur (notamment le 14 février 2022) qui n'est pas imputable à l'événement du 1er décembre 2021. Le lien de causalité entre l'atteinte lombaire et l'événement du 1er décembre 2021 doit dès lors être nié au-delà du 13 février 2022 (date retenue par l'intimée pour arrêter de prester).

L'intimée était en conséquence en droit de mettre fin à ses prestations (en particulier les frais de traitement) concernant les troubles lombaires. La décision entreprise sera partant confirmée.

La documentation versée au dossier permettant déjà à la chambre de céans de statuer en connaissance de cause sur le bien-fondé de la décision attaquée, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a).

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

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

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Stefanie FELLER	Fabienne MICHON RIEBEN

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