RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2473/2020 **ATAS/705/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 juin 2021

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniela LINHARES — recourant

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Toni KERELEZOV et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1963, arrivé en Suisse en 2017, a travaillé pour B_____ SA du 23 avril 2018 au 31 octobre 2019 à un taux d'environ 75 %. Il était assuré à ce titre selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA) auprès de la Caisse nationale d'assurance suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

2. Le 3 mai 2019, l'assuré a chuté sur le dos. La SUVA a pris le cas en charge.

3. Une IRM lombaire du 16 mai 2019 a conclu à une discopathie dégénérative de la jonction dorso-lombaire et discopathie dégénérative discrète L5-S1.

4. Le 14 juin 2019, le docteur C_____, du centre médico-chirurgical D_____, a attesté d'une chute de l'assuré sur le dos le 3 mai 2019 entrainant immédiatement des douleurs.

5. Le 22 mai 2019, un scanner thoraco-abdomino-pelvien a conclu à l'absence de lésion traumatique osseuse récente mise en évidence notamment au niveau du gril costal droit. Ancienne fracture des branches ilio et ischio-pubiennes à droite.

6. Le 12 juillet 2019, le docteur E_____, FMH orthopédie, a attesté d'une contusion de la région lombaire et lombalgies post-traumatiques.

7. Le 20 septembre 2020, l'assuré s'est entretenu avec un gestionnaire de la SUVA. Il a déclaré ressentir des douleurs permanentes au milieu du dos, mais supportables grâce aux antidouleurs. Il était toujours en incapacité de travail totale.

8. Le 17 janvier 2020, les docteurs F_____, médecin adjoint agréé et G_____, médecin interne aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), ont rendu un rapport après avoir examiné l'assuré pour un diagnostic de lombalgies communes chroniques post-traumatiques et proposé une prise en charge multidisciplinaire.

9. Le 10 février 2020, le docteur H_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu une appréciation médicale selon laquelle un scanner et une IRM n'avaient pas mis en évidence de lésion traumatique suite à l'accident. Il n'y avait pas d'hernie post-traumatique et le statu quo sine était atteint ; les troubles étaient probablement en lien avec la discopathie préexistante.

10. Par décision du 11 février 2020, la SUVA a mis fin aux prestations au 24 février 2020.

11. Le 14 février 2020, l'assuré a fait opposition à cette décision, en relevant qu'il n'avait pas été malade ou accidenté avant l'accident du 3 mai 2019.

12. L'assuré, représenté par une avocate, a complété son opposition le 26 avril 2020 en concluant à la poursuite du versement des indemnités journalières. Depuis l'accident, il avait des douleurs importantes au dos ; tous ses médecins attestaient de lombalgies post-traumatiques.

13. Par décision du 20 juillet 2020, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, au motif que l'avis du Dr H_____ était probant et qu'une expertise ne se justifiait pas.

14. Le 20 août 2020, l'assuré, représenté par son avocate, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une indemnité journalière entière dès le 25 février 2020 ainsi qu'au paiement des frais médicaux. Le Dr F_____ avait indiqué des lombalgies post-traumatiques et il souffrait d'une protrusion discale ; il était en parfaite santé avant l'accident ; il souffrait toujours d'importantes douleurs au dos.

15. Le 19 novembre 2020, la SUVA a conclu au rejet du recours. Seuls les avis des Drs E_____ et F_____ étaient en contradiction avec les rapports d'imagerie ; non motivés, ces avis n'étaient pas probants. Sans lésion traumatique, le statu quo sine était retrouvé après 9 mois. Le fait que l'assuré n'avait pas souffert du dos avant l'accident n'était pas pertinent.

16. Le 20 décembre 2020, l'assuré a répliqué. Le médecin d'arrondissement de la SUVA avait rendu un rapport sans l'avoir examiné alors que ses médecins traitants avaient conclu à des lésions post-traumatiques.

17. Le 1er mars 2021, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

    Le recourant a déclaré : « J'ai mal au dos en permanence. J'ai chuté sur le dos alors que j'effectuais du nettoyage à la Coop de la I_____. C'est le muscle du côté droit qui est douloureux. Mon médecin dit que mes douleurs viennent du muscle et non pas de la protrusion discale. Avant l'accident je n'avais jamais eu mal au dos et je n'avais jamais été en arrêt. Mon médecin avait proposé que je séjourne à la Clinique de Sion mais la SUVA a refusé.

    Je suis suivi par le Dr E_____ que je vois chaque mois et qui me fait un arrêt de travail mensuel. J'ai vu deux fois le Dr F_____ au HUG mais ce n'est pas lui qui fait mon suivi. Je ne me rappelle pas que les HUG m'aient proposé un programme PROMIDOS. J'ai été licencié. Je ne suis pas inscrit au chômage mais pris en charge par l'Hospice général. J'ai des douleurs à chaque mouvement, même à la marche. Je considère que je ne peux pas travailler avec ces douleurs. Je préfèrerais travailler, ce serait mieux pour ma tête, je n'ai pas l'habitude de rester comme ça. Selon l'Hospice général l'OAI attend l'issue de la procédure en matière de LAA. Mes médecins traitants, les Drs E_____ et F_____, disent que mes douleurs sont en lien avec l'accident. J'ai fait de la physiothérapie sans effet positif. J'ai arrêté ce traitement. Je n'ai jamais rencontré de médecin de la SUVA. Ma mère est décédé le mois dernier et je me suis rendu au Portugal en avion, le voyage a été difficile. Même conduire une voiture est compliqué. Je vis seul dans un appartement dans lequel je reste la plupart du temps. Ma fille habite près de chez moi et c'est elle qui s'occupe de mon ménage et fait mes grandes courses. Je me contente d'aller acheter des petites courses tel que du pain, sinon c'est moi qui me fait à manger. Je sors

tous les jours et marche un peu. Sinon je reste chez moi et j'alterne les positions, parfois je dois me coucher. Je prends tous les jours des médicaments (antidouleurs), j'ai une ceinture médicale mais elle me fait mal lorsque je la mets. Je ne me sens pas bien dans ma tête à cause de toutes ces restrictions physiques. »

L'avocate du recourant a déclaré : « Nous demandons l'audition du Dr F_____ pour qu'il se prononce sur le lien de causalité entre les douleurs et l'accident. »

18. À la demande de la chambre de céans, les Drs E_____ et F_____ ont donné des renseignements complémentaires.

    - Le 15 mars 2021, le Dr E_____ a indiqué un suivi depuis le 12 juillet 2019, à une fréquence d'environ une fois par mois, pour un diagnostic de discopathie protrusive sans conflit et des limitations fonctionnelles de port de lourdes charges, mouvements répétitifs et un empêchement à se plier au niveau du dos. La douleur persistante était due à la protrusion discale et il était difficile de dire si celle-ci était due à l'accident ; il était d'accord avec l'avis du Dr H_____ du 10 février 2020, en particulier avec la fixation d'un *statu quo sine* à février 2020 ; il était difficile de dire si les lombalgies étaient dues à l'accident au-delà du 24 février 2020 ; il présentait des douleurs lombaires réfractaires au traitement.

    - Le 8 avril 2021, le Dr F_____ et la doctoresse G_____, médecin interne au service de rhumatologie des HUG, ont indiqué que les 14 novembre 2019 et 16 janvier 2020 l'assuré avait présenté un syndrome lombo-vertébral chronique, sans syndrome radiculaire, de sorte qu'il n'était pas en lien avec la protrusion discale ; il était extrêmement peu probable que la protrusion discale soit due à l'accident ; en revanche, les lombalgies et le syndrome lombo-vertébral étaient clairement apparus suite à la chute ; il s'agissait donc d'une lombalgie post-traumatique, résultant d'une contracture musculaire ; sa chronicisation était due à plusieurs facteurs, physiques, environnementaux et psychiques et s'appréhendait selon un modèle biopsychosocial ; une approche multidisciplinaire devait être introduite le plus rapidement possible, ce qui avait été demandé à la SUVA, en vain.

19. Les 26 avril et 17 mai 2021, les parties ont persisté dans leurs conclusions.

EN DROIT

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

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

b. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. 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. 82a LPGA).

c. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à l'octroi d'une indemnité journalière de la part de l'intimée au-delà du 24 février 2020.

3. 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.

4. a. 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).

   b. Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après 3 ou 4 mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2). S'agissant de l'aggravation d'un état antérieur dégénératif au niveau de la colonne vertébrale, le statu quo sine est dans la règle atteint après 6 ou 9 mois, mais au plus tard après un an (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid.4.2).

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

La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, est remplacée par la présomption jurisprudentielle – qui se fonde sur la littérature médicale – selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002).

5. a. 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).

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

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

c. 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes 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 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

6. 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).

7. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

8. a. En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du 10 février 2020 de son médecin d'arrondissement pour fixer le *statu quo sine* au 24 février 2020.

Celui-ci a considéré que la chute avec impact sur le rachis lombaire - sans lésion traumatique attestée au bilan radiologique et sans hernie discale post-traumatique – avait cessé ses effets délétères neuf mois plus tard ; les troubles persistants étaient probablement en lien avec la discopathie. Le recourant conteste cette appréciation, en relevant que le Dr F_____ a objectivé un syndrome lombo-vertébral chronique suite à la chute et que le bilan radiologique avait montré une protrusion discale.

b. S'agissant de la protrusion discale objectivée à l'IRM du 16 mai 2019, le Dr E_____ a relevé qu'il était difficile de dire si elle était en lien avec l'accident et le Dr F_____ a clairement exclu un tel lien de causalité. Ces deux avis rejoignent celui du Dr H_____, lequel a écarté la présence d'une hernie discale post-traumatique en raison d'un impact avec une faible énergie cinétique. Cette conclusion, qui n'est contestée par aucun autre avis médical au dossier, va également dans le sens de la jurisprudence susmentionnée (arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018). La protrusion discale n'est donc, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas en lien avec l'accident.

S'agissant des lombalgies et du syndrome lombo-vertébral, il est admis par l'intimée qu'ils ont été déclenchés par l'accident. Le médecin-conseil estime cependant que le *statu quo sine* a été atteint neuf mois plus tard, de sorte que l'intimée a cessé de prester au 24 février 2020. À cet égard, le Dr E_____ a indiqué qu'il était d'accord avec l'avis du Dr H_____ quant à la fixation du *statu quo sine* à février 2020, en indiquant même qu'il était difficile de dire si les lombalgies étaient dues à l'accident. Quant au Dr F_____ il a constaté un lien de causalité naturelle entre la chute et les lombalgies, tout en précisant que la persistance du syndrome lombo-vertébral au-delà de trois mois après un accident l'ayant déclenché relevait toujours d'une multitude de facteurs, dont des facteurs environnementaux et psychiques, lesquels ne sauraient, en l'occurrence, être en lien avec l'accident. Son avis ne diverge ainsi pas fondamentalement de celui des Drs H_____ et E_____ fixant le *statu quo sine* neuf mois après l'accident. Ces constatations médicales vont, de surcroît, dans le sens de la jurisprudence précitée du Tribunal fédéral (arrêt 8C_508/2008 du 22 octobre 2008).

c. Au demeurant, la fixation du *statu quo sine* au 24 février 2020, soit à plus de neuf mois de l'accident, ne peut qu'être confirmée.

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

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

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
Julia BARRY	Valérie MONTANI

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