RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2740/2020 **ATAS/388/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 avril 2021

15ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER	recourant

contre

AXA ASSURANCES SA, Section Dommages corporels RC, sise General-Guisan-Strasse 40, WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG	intimée

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Yda ARCE et Christine WEBER-FUX, Juges assesseures

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1993, était employé comme agent de sécurité pour le compte de B_____, depuis le 1er juin 2017. À ce titre, il était assuré contre les accidents par AXA assurances SA (ci-après : l'assurance-accidents ou l'intimée). Il avait en sus fondé sa propre société à responsabilité limitée en 2018.

2. Il s'est blessé en jouant au football, le 26 mai 2019.

3. Il a consulté le docteur C_____, généraliste, le 27 mai 2019, lequel a posé le diagnostic de traumatisme lombaire simple et préconisé un analgésique et de la physiothérapie.

4. Le 31 mai 2019, l'assuré, par l'intermédiaire de son employeur, a annoncé le sinistre à l'assurance-accidents.

5. Le 3 juin 2019, l'assuré a passé des examens par radiographie, lesquels ont mis en évidence une discrète scoliose dorso-lombaire à convexité gauche et une minime discopathie L4-L5, sous forme d'un discret pincement des espaces inter-somatiques.

6. L'assuré a passé un examen par IRM de la colonne lombaire, le 28 juin 2019, sur lequel a été retrouvé un discret bombement discal à base large avec dessiccation discale en L4-L5, sans rétrécissement canalaire ni conflit disco articulaire ou radiculaire. Il n'y avait pas de tassement vertébral, selon le rapport du Dr D_____.

7. Les suites du traitement ont été prises en charge par le docteur E_____, généraliste, les 23 juillet et 21 août 2019. Ce médecin a constaté des lombalgies post-traumatiques non déficitaires avec une évolution lentement favorable et une fin de traitement probable au 31 août 2019. Le Dr C_____ puis le Dr E_____ ont attesté d'arrêts de travail jusqu'au 31 août 2019.

8. Entendu par un inspecteur des sinistres le 19 décembre 2019, l'assuré a indiqué qu'il se considérait comme guéri de son accident malgré quelques douleurs au niveau des lombaires. Il avait repris son travail le 1er septembre 2019.

9. En se fondant sur un rapport établi le 11 février 2020 par le docteur F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique FMH et médecin-conseil, lequel avait retenu que les lésions de l'assuré étaient dégénératives, n'avait pas constaté de lésions traumatiques et exposé, de surcroît, que la contusion due à l'accident du 26 mai 2019 n'était pas propre à entraîner une lésion d'un disque vertébral, l'assurance-accidents a considéré que le statu quo sine avait été atteint le 31 août 2019. Il ne subsistait plus de relation de causalité naturelle entre les troubles présentés et l'accident à partir de cette dernière date. Elle l'a constaté dans une décision du 25 février 2020.

10. L'assuré, par l'intermédiaire de sa protection juridique, a formé opposition contre cette décision, le 17 mars 2020. Il a relevé que, dans une attestation produite le

2 mars 2020, G_____, le physiothérapeute consulté par l'assuré, contestait l'interruption du lien de causalité. L'assuré estimait que les prestations devaient continuer à être prises en charge par son assurance-accidents. Il sollicitait à titre subsidiaire une expertise.

11. L'assurance-accidents a soumis le dossier à un autre médecin-conseil, le docteur H_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a établi un rapport, le 17 juin 2020, à teneur duquel le diagnostic retenu était une contusion du rachis lombaire simple, avec mise en évidence par les examens complémentaires d'une hernie discale L4-L5, par bombement discal. Celle-ci était manifestement d'origine dégénérative et préexistante à l'accident. Il n'y avait pas de symptomatologie sciatique au niveau des membres inférieurs, au regard des différents rapports médicaux et du rapport du physiothérapeute. Il n'y avait pas de conflit disco-radiculaire à ce niveau intervertébral mais un bombement global avec déshydratation du disque. Cette lésion était typiquement d'origine dégénérative et non pas traumatique. Les critères de Krammer, définissant la lésion traumatique, n'étaient pas retrouvés dans ce cas. Il n'y avait pas d'impact produit avec une énergie cinétique élevée ni de douleur radiculaire de type sciatique dans les heures ayant suivi l'événement. Le lien de causalité entre les troubles lombaires et l'accident était pour le moins probable. Compte tenu des données de la littérature et de l'expérience clinique, les effets de l'événement avaient cessé au bout de quatre mois, au 31 août 2019. L'assuré n'avait fait que trois séances de physiothérapie après l'accident, les 20, 21 et 25 juin 2019. Il s'était dit guéri lors d'un entretien avec son assurance-accidents le 19 décembre 2019. L'attestation du physiothérapeute G_____ du 2 mars 2020, lequel n'avait reçu l'assuré que le 23 janvier 2020, ne permettait pas de remettre en question ces constats. L'assurance-accidents indiquait que l'attestation du physiothérapeute n'était pas probante, totalement incompréhensible dans la mesure où elle ne comportait aucune anamnèse, une description des interférences médicales peu claire et pas de conclusions motivées. Quant à l'avis de l'opposant et celui du Dr E_____, ils se basaient exclusivement sur l'absence de douleurs avant l'accident pour conclure à l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les douleurs lombaires, ce qui était contraire à la jurisprudence. La prise de position du docteur H_____ remplissait les critères jurisprudentiels pour admettre son bien-fondé.

12. Le 11 mai 2020, le Dr E_____ a attesté avoir reçu l'assuré depuis le 21 mars 2019 et en particulier le 23 juillet 2019 en raison de son accident de football du 26 mai 2019. Il avait attesté d'arrêts de travail jusqu'au 31 août 2019 et son patient l'avait consulté à nouveau en raison de douleurs persistantes le 1er mai 2020. Selon lui ces douleurs avaient un lien probable avec l'accident au vu de la séquence des événements et de la persistance des douleurs.

13. Par décision sur opposition du 10 juillet 2020, l'assurance-accidents a confirmé sa décision du 25 février 2020 et rejeté l'opposition de l'assuré.

14. Le 9 septembre 2020, l'assuré a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS). Il concluait à la mise en œuvre d'une expertise, à l'annulation de la décision du 10 juillet 2020, sous suite de frais (CHF 1'500.-) et dépens, à ce que la chambre de céans dise que l'intimée doit verser des prestations d'assurance en lien avec l'accident du 26 mai 2019, notamment la prise en charge de séances de physiothérapie, et qu'elle dise que le statu quo sine n'est pas encore atteint. Il a produit un rapport médical du 28 août 2020 établi par le docteur I_____, spécialiste en médecine physique et de réadaptation à Munich, qu'il a fait traduire.

15. L'intimée a répondu le 8 octobre 2020, concluant au rejet du recours.

16. À l'issue des échanges d'écritures, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Interjeté dans le délai légal et selon les formes prescrites, le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le droit du recourant au remboursement de ses frais médicaux (séances de physiothérapie) par son assurance-accidents au-delà du 31 août 2019.

4. En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

   Selon l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou entraîne la mort.

   b) Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA), le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA) et le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA).

   Conformément à l'art. 10 al. 1 et 54 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident dans les limites de ce qui est exigé par le but du traitement. Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de l'assuré (arrêt TF U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a et la référence citée).

Selon le Tribunal fédéral, le droit au traitement ne comprend pas toutes les mesures médicales imaginables mais uniquement celles qui, par des moyens adéquats, sont nécessaires à la guérison de l'atteinte à la santé ; il s'ensuit que lesdites mesures doivent, suivant l'art. 54 LAA, se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement (ATF 136 V 141 consid. 4.1 ; 109 V 43 consid. 2a). Le traitement doit non seulement être approprié, c'est-à-dire adéquat, mais également économique. L'assuré a droit à des prestations médicales tant que l'on peut attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de son état de santé (ATF 116 V 44 consid. 2c).

5. a. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 afférente à la LAA [OLAA ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références). À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 p. 191 consid. 1c).

   b. La condition du lien de causalité naturelle est remplie 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. 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 181 consid. 3.1 ; 129 V 406 consid. 4.3.1 ; 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution

qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 p. 75 consid. 4b). Enfin, admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que des symptômes sont apparus après un accident revient à se fonder sur l'adage « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« post hoc ergo propter hoc », lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien (arrêt du Tribunal fédéral 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3 ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un lien de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé, question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 117 V 359 consid. 5a ; 117 V 369 consid. 4a et les références citées). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire si cette dernière repose seulement et exclusivement sur des facteurs étrangers à l'accident. C'est le cas soit lorsqu'est atteint l'état de santé (maladif) tel qu'il se présentait directement avant l'accident (status quo ante), soit lorsqu'est atteint l'état de santé, tel qu'il serait survenu tôt ou tard, indépendamment de l'accident, selon l'évolution d'un état maladif antérieur (status quo sine). L'administration et, le cas échéant, le juge tranchent la question de la rupture du lien de causalité en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de cette rupture ne suffit pas (RAMA 1994 p. 326 consid. 3b et les références).

c. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. À cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en

pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 ; RAMA 1996 n°U 256 p. 217 et les références).

6. Le simple fait que le médecin consulté soit 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 présomption à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité de son 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 en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références).

7. Selon la jurisprudence, un rapport médical établi sur la base d'un dossier a valeur probante si ledit dossier contient suffisamment d'appréciations médicales, qui elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 345 ; arrêt du Tribunal fédéral U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1).

8. Enfin, quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références).

9. Le recourant considère que la date du 31 août 2019, retenue par l'intimée comme étant celle du statu quo sine, est inexacte et prétend à des prestations d'assurance sous forme de prise en charge d'un traitement médical au-delà de cette date, étant précisé qu'il a repris son activité professionnelle le 1er septembre 2019. L'intimée estime en revanche que le lien de causalité entre les douleurs dorso-lombaires du recourant et l'accident du 26 mai 2019 n'existe plus au-delà du 31 août 2019 et a refusé de prendre en charge les traitements suivis après cette date par le recourant.

   Il faut dès lors déterminer si le statu quo sine a été atteint et le cas échéant quand il l'a été et, en d'autres termes, s'il existe un lien de causalité naturel et adéquat entre l'accident et les douleurs du recourant au-delà du 31 août 2019.

10. Lors de la première consultation médicale suivant l'accident, le Dr C_____ a retenu le diagnostic de traumatisme lombaire simple, sur la base de son examen radiologique du 27 mai 2019.

11. Des radiographies faites le 3 juin 2019 ont montré une discrète scoliose dorso-lombaire à convexité à gauche et une minime discopathie L4-L5 visible sous forme d'un très discret pincement des espaces inter-somatiques (rapport du Dr J_____).

12. L'IRM du 28 juin 2019 a mis en évidence un discret bombement discal à base large avec dessiccation discale en L4-L5, sans rétrécissement canalaire ni conflit disco-radiculaire, ni tassement vertébral (rapport du Dr D_____).

13. Le Dr E_____, qui a reçu l'assuré le 23 juillet 2019, a retenu un diagnostic de lombalgies post-traumatiques, non déficitaires, avec une évolution lentement favorable. La fin du traitement probable était fixée au 31 août 2019.

14. Le Dr F_____ a estimé, dans son rapport du 11 février 2020, que le statu quo sine était atteint au 31 août 2019.

15. Le Dr H_____ a retenu un diagnostic de contusion du rachis lombaire simple, avec mise en évidence par les examens complémentaires d'une hernie discale L4-L5, par bombement discal. La contusion était manifestement d'origine dégénérative et préexistante à l'accident. L'assuré devait avoir récupéré au 31 août 2019.

16. Les médecins ayant examiné l'assuré, avant la décision de l'intimée, l'ont reçu en raison de ses plaintes en lien avec des douleurs au bas du dos qu'il imputait à un accident de football le 26 mai 2019. Le traumatisme lombaire simple diagnostiqué par le Dr C_____ ou les lombalgies post-traumatiques telles que décrites par le Dr E_____ dans son rapport du 21 août 2019, devaient évoluer favorablement et permettre à l'assuré de reprendre son activité le 1er septembre 2019. Ces lésions étaient en lien avec l'accident et l'arrêt de travail a été prononcé jusqu'au 31 août 2019.

    Le recourant a repris son activité professionnelle normalement le 1er septembre 2019, selon les explications qu'il a fournies à l'intimée lors d'un entretien du 19 décembre 2019.

    Le recourant a néanmoins indiqué avoir encore eu des douleurs au dos et bénéficié de séances de physiothérapie.

    Pour que ces frais de traitement soient à la charge de l'intimée, il doit être établi un lien de causalité entre lesdites douleurs et le besoin de soins et l'accident du 26 mai 2019.

    Les radiographies et images d'IRM n'ont en effet mis en évidence qu'une minime discopathie L4-L5 visible sous forme d'un très discret pincement des espaces inter-somatiques (ainsi qu'une discrète scoliose dorso-lombaire à convexité à gauche), respectivement un discret bombement discal à base large avec dessiccation discale en L4-L5, sans rétrécissement canalaire ni conflit disco-radiculaire, ni tassement vertébral.

    Il s'agit ainsi de diagnostics d'atteinte discrète ou minime à la vertèbre L4-L5 dont l'origine dégénérative ou traumatique ne ressort pas manifestement des rapports relatifs aux radiographies du 3 juin 2019 ou de l'IRM du 28 juin 2019.

    Le lien de causalité ne ressort pas des avis médicaux du Dr C_____ et du Dr E_____ émis en 2019, puisque le traumatisme simple devait évoluer favorablement et la reprise du travail avait été fixée au 1er septembre 2019.

    Les Drs F_____ et H_____ contestent, pour leur part, l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les douleurs de l'assuré après le 31 août 2019, la

contusion du bas du dos ne pouvant pas léser un disque vertébral alors que des atteintes dégénératives (scoliose, hernie du disque L4-L5) avaient été constatées sur les images et étaient propres à causer les douleurs qui persistaient et avaient justifié des séances de physiothérapie.

L'avis émis par le Dr E_____ le 11 mai 2020 fondé sur la séquence des événements et la persistance des douleurs ne suffit pas à renverser les avis des Drs F_____ et H_____ fondés sur les images au dossier, l'expérience et la littérature médicale pour retenir que les douleurs qui ont persisté sont la conséquence d'une atteinte dégénérative et non les suites de l'accident sans gravité du mois de mai 2019. Ce très bref avis ne permet pas de comprendre pourquoi le Dr E_____ retient en mai 2020 un lien de causalité entre les douleurs persistantes et le traumatisme lombaire causé par l'accident de mai 2019 et non avec une atteinte dégénérative du dos. Ce médecin, consulté au sujet de l'accident en juillet et août 2019, puis à nouveau en mai 2020 dans le cadre de l'opposition à la décision de l'intimée, n'a pas motivé sa prise de position quant à la nature des atteintes objectivées par imagerie. Il n'a pas exposé pourquoi il avait initialement indiqué que la contusion avait une évolution lentement favorable et fixé la reprise probable du travail au 31 août 2019, au regard de ses constations de juillet et août 2019, puis considéré à l'issue d'une simple consultation en mai 2020 que des conséquences de l'accident relativement banal persistaient sous forme de douleurs un an après ledit accident.

L'avis du physiothérapeute consulté par le recourant n'est pas propre à remettre en cause l'avis de médecins spécialisés en chirurgie orthopédique FMH, tels que les Drs F_____ et H_____ et ce d'autant moins qu'il retient des atteintes physiques (atteinte sacro-coccygienne gauche, lésion du genou, contracture du tenseur du fascia lata) en lien avec l'accident, de façon contraire aux faits expliqués par le recourant lui-même.

Enfin le document établi par le Dr I_____ met en évidence plusieurs pathologies dont certaines anciennes et sans lien avec l'accident (dos voûté, myotendinose corporelle, douleurs au genou après reconstruction, asymétries dans l'appareil locomoteur). Il indiquait dans l'anamnèse que, selon l'assuré, les douleurs au dos étaient présentes depuis l'accident, s'atténuaient en l'absence de stress et étaient régulièrement réactivées à cause de contraintes sportives et professionnelles ou lors de la conduite de la voiture. Avant l'accident, seules des douleurs occasionnelles centrées au niveau des lombaires étaient présentes, essentiellement avec la pratique du sport. Le médecin retenait qu'une posture de cyphose prolongée s'avérait être la cause dominante des douleurs lombaires. Cela soulignait l'importance des structures des tissus mous du dos, fascia, muscles, et s'expliquait difficilement par des modifications discales. Il recommandait de la physiothérapie et une perte de poids.

Cette prise de position n'établit pas l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 26 mai 2019 et les douleurs lombaires, étant relevé que les plaintes du

patient et l'anamnèse ne sauraient valoir diagnostic médical et preuve d'un lien de causalité. Au contraire, elle met en évidence de nombreuses pathologies avec répercussions lombaires sans relation avec l'accident.

En conclusion, les prises de position des Drs F_____ et H_____ qui sont motivées, tiennent compte des examens médicaux pratiqués, discutent l'origine des lésions et établissent leurs conséquences sur la santé du recourant, sont convaincantes et pas remises en cause par des avis médicaux clairs et probants.

C'est donc à juste titre que l'intimée s'est fondée sur ces avis médicaux pour retenir la date du 31 août 2019 à titre de statu quo sine et a nié le droit du recourant à des prestations d'assurance au-delà de cette date.

17. Compte tenu des avis des médecins suivis par l'intimée au dossier retenant le statu quo sine au 31 août 2019 et en l'absence d'avis médical contraire, motivé et fondé, il n'existe pas de doute quant à leur valeur probante. Nul n'est dès lors besoin de recourir à une expertise.

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

19. 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
Marie NIERMARÉCHAL	Marine WYSSENBACH

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