RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2817/2020 **ATAS/1071/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 octobre 2021

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, représenté par le Syndicat interprofessionnel de travailleuses et travailleurs - SIT	recourant
contre	
CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS - SUVA, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Claudiane CORTHAY et Michael BIOT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en octobre 1993, travaillait pour la société B_____ Sàrl et était, à ce titre, assuré contre le risque d'accidents auprès de la CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : l'assurance ou la SUVA), lorsqu'en 2017, il a souffert d'un traumatisme du rachis lombaire, suite à un accident de la voie publique. L'assurance a pris en charge le cas ; le *statu quo sine* a été fixé six mois après l'accident.

b. Le 15 novembre 2019, l'assuré a glissé dans sa salle de bain et a ressenti un blocage au dos, puis une douleur intense au niveau de la colonne lombaire, ce qui a entraîné une incapacité de travail. L'assurance a pris en charge les suites de l'accident.

c. Le 16 avril 2020, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a conclu à une dégénérescence discale et vertébrale en L4-L5, temporairement déstabilisée par l'événement du 15 novembre 2019, pour lequel le *statu quo sine* serait atteint six mois après l'accident, soit le 15 mai 2020.

d. Par décision du 5 mai 2020, confirmée sur opposition le 30 juillet 2020, l'assurance a mis un terme à sa prise en charge (indemnités journalières et frais de traitement) avec effet au 15 mai 2020.

B. a. Le 14 septembre 2020, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise sur pied d'une expertise judiciaire, principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi des prestations d'assurance jusqu'au 14 juillet 2020 inclus.

A l'appui de sa position, il produit deux rapports de son médecin traitant, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale, établis en dates des 17 septembre et 13 décembre 2020. Ce médecin estime que le *statu quo sine* n'a été atteint que huit mois après l'événement du 15 novembre 2019.

c. Invitée à se déterminer, l'intimée conclut au rejet du recours.

Elle produit deux appréciations du docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, émises le 30 octobre 2020 et le 19 janvier 2021.

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. 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.

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 alors déjà pendant devant la Cour de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre un terme à sa prise en charge le 15 mai 2020 et non le 14 juillet 2020, comme demandé par le recourant.

6. 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.

7. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle 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 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

   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).

8. 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).

d. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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).

9. 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).

10. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie

adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

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).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

12. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un

point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

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, ATF 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 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

13. En l'espèce, l'intimée a mis un terme aux prestations le 15 mai 2020, sur la base des appréciations de ses médecins d'arrondissement, les Drs C_____ et E_____, lesquels ont estimé que le *statu quo sine* serait atteint six mois après l'événement du 15 novembre 2019, ce que le recourant conteste. Se fondant sur l'avis de son médecin traitant, le Dr D_____, il estime que ledit statu quo n'a été atteint que le 14 juillet 2020.

14. Il ressort du dossier les éléments pertinents suivants :

- Une IRM de la colonne cervicale, dorsale et lombo-sacrée a été réalisée le 6 mars 2020 par le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie qui retient qu'elle met en évidence une discopathie dégénérative importante au niveau L4-L5, se traduisant par une dessiccation, un pincement de l'espace intersomatique, un remaniement mixte, graisseux et œdémateux sous-chondrale, de type MODIC 1 et 2, en augmentation par rapport au comparatif de 2017 (rapport du 6 mars 2020 du Dr F_____).

- Sur la base du dossier, le Dr C_____ retient que l'assuré, qui présente des antécédents de discopathie dégénérative en L4-L5 mis en évidence pour la première fois en 2016, a été victime d'un premier accident en 2017 (accident de la circulation avec traumatisme), à la suite duquel un *statu quo sine* a été atteint, vu l'absence de nouvelle lésion anatomique structurelle mise en évidence. L'événement du 15 novembre 2019 a déstabilisé à nouveau et temporairement l'état antérieur. Le bilan IRM reste superposable aux précédents, avec une aggravation de la dégénérescence discale et vertébrale constituant l'évolution naturelle de la discopathie dégénérative et du remaniement sous-chondral (MODIC 1 et 2). L'événement de novembre 2019 a cessé de déployer ses effets délétères quatre mois plus tard et, compte tenu de l'état antérieur dégénératif avancé, le temps de récupération et de guérison serait prolongé jusqu'au sixième mois, soit le 15 mai 2020, date à laquelle le *statu quo sine* serait atteint (appréciation du 8 avril 2020 du Dr C_____).

- Le Dr D_____ indique que son patient souffre d'une contusion et de douleurs lombaires, décompensées lors de l'événement du 15 novembre 2019 (rapport du 1er décembre 2019). Selon lui, les IRM révèlent un remaniement mixte œdémateux – en augmentation depuis 2017 et certainement provoqué par l'événement de 2019 – et un pincement de l'espace intersomatique L4-L5. Il estime qu'il convient d'ajouter deux mois au processus de récupération ralenti, soit jusqu'au 15 juillet 2020, précisant qu'à cette même date, le recourant a recommencé à travailler mais souffrait encore de douleurs à l'effort, de sorte qu'il devait éviter tout mouvement de torsion brusque de la colonne lombaire (rapport du 17 septembre 2020). Le médecin argumente que, malgré un traumatisme relativement plus léger, les douleurs et l'incapacité de travail ont duré plus longtemps ; selon lui, l'aggravation de la discopathie n'est pas simplement d'ordre gérontologique, puisqu'une discopathie dégénérative s'étale sur de nombreuses années et non sur deux ans. A son avis, une prise en charge de huit mois est donc justifiée, tant sur le plan radiologique que clinique (rapport du 13 décembre 2020).
- Le Dr E_____, sur la base du dossier, est quant à lui d'avis que l'augmentation du remaniement depuis 2017 et le pincement discal sont normaux dans l'évolution naturelle des pathologies dégénératives. Il précise que lors de l'accident de 2017, qui était de haute énergie, le recourant a bénéficié de prestations durant six mois. Dès lors que le sinistre de 2019 était, lui, de basse énergie, il estime qu'il n'y a pas de justification pour accorder des prestations durant une période plus longue (appréciation du 30 octobre 2020). L'aggravation de la pathologie dégénérative reste très modérée, voire absente. Après avoir revu les images des IRM, celles-ci lui semblent assez proches et il confirme sa position sur la durée de la prise en charge (appréciation du 18 janvier 2021).

15. Il ressort de ces documents qu'en l'occurrence, tous les médecins s'accordent pour dire que le recourant présente une pathologie dégénérative au niveau lombaire, constatée déjà avant l'événement de 2019. Il n'est pas contesté non plus que le recourant a été victime d'un accident de la route en 2017, qui avait déjà entraîné des douleurs lombaires et pour lequel il a bénéficié d'une prise en charge par l'assurance durant six mois.

    Se pose en premier lieu la question de savoir s'il y a eu aggravation de la pathologie entre 2017 et 2020. Les Drs D_____ et F_____ répondent par l'affirmative. Le Dr C_____ retient lui aussi une aggravation de la pathologie depuis 2017, mais estime qu'elle découle naturellement de son caractère dégénératif, étant toutefois admis que l'atteinte a été déstabilisée lors de l'événement de 2019. Après avoir dans un premier temps admis une aggravation qualifiée de normale vu le type d'atteinte, le Dr E_____ l'a décrite dans un second temps comme très modérée, voire absente.

    Sous réserve de la dernière appréciation du Dr E_____ - peu convaincante car en contradiction avec ses premières constatations et celles des autres médecins, y

compris celle du Dr C_____ -, tous les médecins s'accordent donc sur une aggravation de la pathologie depuis 2017 et sur une décompensation suite au second accident survenu en 2019.

Se pose à présent la question de la date à laquelle le *statu quo sine* a été atteint suite à l'événement de 2019. Les deux médecins d'arrondissements estiment qu'il l'a été après six mois, alors que le médecin traitant évalue le temps de récupération à huit mois.

Il sied de rappeler que, selon la jurisprudence fédérale, en cas d'aggravation d'un état antérieur dégénératif au niveau de la colonne vertébrale, le *statu quo sine* est dans la règle atteint après six ou neuf mois, mais au plus tard après un an (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid.4.2).

En l'occurrence, les médecins d'arrondissement fixent le *statu quo sine* au minimum de la présomption jurisprudentielle, en justifiant leur position par le fait que l'événement de 2019 était d'intensité inférieure à celui de 2017 et que le temps de récupération ne saurait dès lors être supérieur à celui qui avait été accordé à l'époque. Cela étant, l'état de santé du recourant n'était à l'évidence pas le même avant le premier événement et avant le second, puisque la pathologie dégénérative s'est, dans l'intervalle, aggravée. Sa situation n'était donc pas la même. En pareilles circonstances, il n'apparaît pas choquant à la Cour de céans de retenir suite au second accident un délai légèrement plus long – mais toujours compris dans la fourchette retenue par la jurisprudence – pour atteindre le *statu quo sine* qui avait été admis lors du premier accident. Un temps de récupération de huit mois, tel que préconisé par le Dr D_____, apparaît raisonnable, vraisemblable au vu des précautions qu'a dû prendre le recourant jusqu'en septembre et, surtout, conforme à la présomption jurisprudentielle.

Au vu de ce qui précède, le recours est admis en ce sens que la date du *statu quo sine* est fixée au 14 juillet 2020, date jusqu'à laquelle l'intimée devra poursuivre sa prise en charge.

Le recourant, représenté par un mandataire professionnellement qualifié, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA). 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. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 30 juillet 2020.
4. Condamne la SUVA à poursuivre sa prise en charge jusqu'au 14 juillet 2020.
5. Lui renvoie la cause pour calcul des prestations dues.
6. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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