RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4081/2020 **ATAS/699/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 juin 2021

1ère Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié c/o Mme B_____, à LE LIGNON	recourant

contre

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

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1978, a été engagé le 25 novembre 2019 en qualité de manœuvre et travailleur auxiliaire à plein temps dans le second œuvre, dans le cadre d'un contrat de mission auprès de l'agence C_____ SA (ci-après : l'employeur).

2. Par déclaration de sinistre du 19 février 2020, l'assuré, par son employeur, a annoncé à la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée) que le 17 février 2020, il a glissé et est tombé sur le dos dans les escaliers, à proximité de son domicile. Il souffrait de contusions et de douleurs au milieu du dos. Il a été mis en arrêt de travail dès le 17 février 2020.

3. La SUVA a pris en charge le cas. En parallèle, elle a sollicité des informations des médecins traitants, lesquels lui ont transmis les documents suivants :

   - Un rapport du 17 février 2020 du docteur D_____, radiologue, selon lequel l'IRM rachidienne lombo sacrée mettait en évidence une discopathie L4/L5, évoluée, ancienne, mais dont l'incidence s'était majorée au décours du traumatisme, l'apparition d'un œdème réactionnel, une probable accentuation de la protrusion annulaire ne pouvant être affirmée en l'absence de documents antérieurs.

   - Un rapport du 19 février 2020 établi également par le Dr D_____, qui indiquait qu'aucune lésion ostéo articulaire traumatique n'était constatée à l'IRM scapulaire gauche.

   - Un rapport du 19 février 2020 du docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, selon lequel le scanner du coude gauche était normal.

   - Deux rapports du 15 juin 2020 du Dr E_____, selon lesquels l'IRM du coude gauche mettait en évidence un probable épicondylite externe avec une petite lame liquidienne et un kyste synovial de trois millimètres de diamètre, et les résultats de la radiographie de la colonne dorsale et lombaire étaient une attitude scoliotique avec une concavité lombaire à gauche et une discopathie avec affaissement discal au niveau de L4-L5 en formation ostéophytaire postérieure.

4. Le 29 juin 2020, l'assuré, sur demande de la SUVA, a été examiné par le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, médecine physique et réadaptation à l'Hôpital de la Tour.

   Dans une appréciation du 4 août 2020, le Dr F_____ a indiqué ne pas avoir d'explication quant à la persistance des plaintes actuelles en rapport avec le sinistre déclaré. L'examen avait été difficile, car diffusément algique et ne lui permettait pas d'objectiver une atteinte anatomique précise ou compatible avec une pathologie traumatique lombaire habituelle. La mobilisation passive de l'articulation de la hanche en épargne lombaire pouvait provoquer la douleur lombaire. Il ne semblait pas y avoir eu de progrès depuis l'accident, ce qui était inhabituel. L'IRM et les radiographies effectuées par les médecins traitants révélaient la présence d'une discopathie L4-L5 préexistante à la chute, qui avait pu être décompensée par celle-

ci. Il n'y avait pas de fracture ou de lésion traumatique décrite, malgré des examens de qualité insuffisante. La pathologie du coude gauche ne pouvait être expliquée par le rapport IRM, ni par l'examen clinique. Une possible tendinopathie du biceps pourrait être présente, mais elle ne serait pas compatible avec une chute ou alors, après six mois de repos, elle aurait dû avoir une évolution au moins plus favorable. En toute fin d'entretien, l'assuré avait indiqué qu'une infiltration était prévue le 6 août 2020 au niveau lombaire (épidurale L4-L5). Cette infiltration pourrait apporter un soulagement à cet étage montrant des signes dégénératifs évidents. Selon les conclusions et avant que l'assuré ne lui explique qu'une infiltration était prévue le 6 août 2020, le Dr F_____ pensait que la situation actuelle ne justifiait plus d'incapacité sous le régime de l'assurance-accident. Tout au plus la chute avait pu décompenser une situation sous-jacente lombaire préexistante, dont les effets seraient éteints à six mois. La persistance des plaintes au niveau lombaire et du coude gauche se justifiait cependant sous le régime de l'assurance-maladie dans un métier manuel nécessitant le port de charges élevées. En raison de l'infiltration annoncée, la prolongation de l'incapacité de travail pourrait se justifier pour trois semaines à dater du jour de l'infiltration – le 6 août 2020 – et en l'absence d'amélioration après trois semaines, soit dès le 27 août 2020, le Dr F_____ n'avait pas d'explication quant à la prolongation de l'incapacité en accident. Si l'infiltration devait apporter une amélioration, alors l'incapacité pourrait se prolonger pour trois semaines supplémentaires.

5. Par rapport intermédiaire rempli le 18 août 2020, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin traitant de l'assuré, a indiqué que ce dernier présentait une décompensation d'une discopathie avec affaissement discal L4-L5 et formation ostéophytaire postérieure, avec persistance de lombalgies, ainsi que d'une épicondylite latérale du coude gauche, avec douleurs.

6. Dans un avis du 1er septembre 2020, en réponse aux questions de la SUVA, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a estimé que les troubles du coude gauche et ceux lombaires n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 17 février 2020, six mois après le sinistre.

7. Par décision du 22 septembre 2020, la SUVA a clos le cas au 13 septembre 2020 et mis fin aux prestations reçues jusqu'ici. Il s'est fondé sur l'appréciation du médecin d'arrondissement, selon lequel les troubles persistants actuellement n'avaient plus aucun lien avec l'accident et l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 17 février 2020 pouvait être considéré comme atteint depuis le 13 septembre 2020.

8. Le 16 octobre 2020, l'assuré s'est opposé à cette décision. L'accident qu'il avait eu le 17 février 2020, soit une perte de connaissance suite à une chute dans les escaliers, avait induit une hernie discale des quatrième et cinquième lombaires, ainsi qu'une tendinite. Il ne faisait aucun doute que ses troubles, qui étaient documentés, devaient entrainer la couverture d'assurance. La décision de la SUVA ne

mentionnait que l'écoulement du temps, soit les six mois, pour refuser les prestations et aucune mention au dossier médical complet n'était faite, en particulier au sujet de la valeur probante des attestations qui avaient été fournies. Enfin, il demandait que le compte-rendu de l'entretien du 4 août 2020 demandé par la SUVA auprès du Dr F_____, lui soit transmis.

9. Par appréciation du 26 octobre 2020 sollicitée par la SUVA, le Dr H_____ a relevé que, selon le rapport du scanner du coude gauche du 17 février 2020, il n'y avait aucune anomalie objective et que l'épicondylite latérale, avec tendinite des extenseurs, n'a été mentionnée que lors de l'IRM du 15 juin 2020. Il a également indiqué que l'épicondylite est une des affections les plus fréquentes des membres supérieurs pour les personnes âgées de 40 à 50 ans, qu'elle est multifactorielle, que les processus dégénératifs jouent un rôle essentiel dans cette pathologie et qu'elle est un état maladif et non traumatique. Il excluait donc, selon la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité entre l'épicondylite du coude gauche constatée et l'accident annoncé. S'agissant de la colonne vertébrale, il s'est référé au rapport de l'IRM rachidienne du [17 février 2020] dans laquelle le Dr D_____ relevait des anomalies de type dégénératif avec une discopathie L4-L5 évoluée et ancienne. Sur le bilan de cette IRM, il n'y avait aucune fracture, ni luxation, ni hernie discale susceptible d'être à l'origine d'une décompensation significative de l'état antérieur pathologique. Lors de l'examen avec le Dr F_____, l'assuré avait manifesté des limitations d'allure kinésiphobique, sans corrélation anatomique, donc discordante ; l'examen avait été considéré comme difficile avec de nombreuses manifestations algiques non expliquées à six mois de l'évènement traumatique ; il y avait des incohérences s'agissant de la mobilisation de la hanche et du pied qui puisse entrainer des douleurs au bas du dos ; le Dr F_____ ne trouvait pas de cohérence anatomique avec les douleurs constatées. Le Dr H_____ partageait entièrement l'analyse du Dr F_____ laquelle lui semblait complète. La décision de la SUVA, pour les suites de l'accident du 17 février 2020, lui paraissait adaptée, étant précisé qu'un examen actuel ne permettrait pas de faire la différence et était dénué d'utilité, puisque le sinistre était déjà trop ancien et les conséquences assécurologiques probablement comprises dans le contexte d'opposition.

10. Par courrier du 19 octobre 2020, le docteur I_____, psychiatre, a attesté suivre l'assuré depuis le 4 septembre 2020. Ce dernier présentait des pensées négatives, de l'insomnie, de l'anxiété et un risque suicidaire. Une hospitalisation n'était pas préconisée en raison de l'impact que ses problèmes de santés, liés à son accident, avait sur sa vie socio-professionnelle-économique. L'assuré avait un suivi psychiatrique deux fois par semaine et prenait un traitement par hypnotique, neuroleptique, antidépresseur et anxiolytique. Il souffrait d'un grand sentiment d'injustice et d'abandon de la part de la SUVA qui ne couvrait plus son cas. Son accident avait eu un impact sur son corps, sa force de travail et son appareil psychique. Ses conditions de travail pouvaient nuire à la santé et impliquait un risque d'accident : il travaillait sous haute dose de stress, ayant une surcharge de

travail pour pouvoir obtenir un contrat de durée indéterminée qui lui avait été promis.

11. Dans un rapport du 21 octobre 2020 adressé à la SUVA, le Dr G_____ a estimé que comme l'assuré n'avait pas présenté de douleurs lombaires avant son accident du 17 février 2020, les lombosciatalgies résiduelles suite à une décompensation d'une hernie discale L4-L55 étaient liées aux suites accidentelles. Il a retenu le lien de causalité entre l'accident et l'état de santé de l'assuré en date du 20 octobre 2020 et s'opposait aux conclusions de la décision du 22 septembre 2020 de la SUVA. Il a indiqué que l'assuré était également suivi par le Dr I_____ pour un trouble anxio-dépressif qui s'était manifesté à la suite du traumatisme du 17 février 2020.

12. Par avis du 29 octobre 2020, le Dr H_____ a maintenu son avis du 26 octobre 2020, malgré les nouvelles pièces au dossier, tout en précisant que les aspects non-somatiques n'étaient pas de sa compétence.

13. Par décision du 3 novembre 2020, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré, se fondant sur l'appréciation des Drs H_____ et F_____. Elle a écarté l'avis du Dr G_____, puisque le fait que l'assuré ne souffrait pas du dos avant l'accident n'avait aucune influence sur l'issue de la procédure. En outre, s'agissant des troubles psychiques, dans la mesure où l'assuré avait été victime d'un accident de peu de gravité, la causalité adéquate était niée d'emblée, et même si l'accident devait être qualifié de gravité moyenne, il serait à la limite de la catégorie inférieure et la causalité adéquate devrait également être niée, car aucun des critères développés par la jurisprudence n'était rempli.

14. Par acte du 3 décembre 2020, l'assuré a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et au constat que les prestations étaient dues par l'intimée, reprenant les griefs invoqués dans son opposition du 16 octobre 2020 et ajoutant que l'intimée n'avait retenu que les conclusions du Dr F_____ à tort.

15. Par réponse du 18 décembre 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours et confirmé sa décision.

16. Cette écriture a été communiquée au recourant, lequel n'a pas répliqué dans le délai imparti.

17. Sur quoi, 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. 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, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

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

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

5. Le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 13 septembre 2020, et plus particulièrement sur le lien de causalité entre l'accident du 17 février 2020 et les troubles au dos et au coude gauche dont il souffre encore et les troubles psychiques.

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. 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).

8. 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).

   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).

Le lien de causalité naturelle entre un accident et une hernie a notamment été nié dans les cas suivants : une chute dans un escalier n'est pas la cause d'une hernie discale, lorsque l'assuré souffrait déjà d'une discopathie avant l'accident et que celle-ci a été aggravée de 15% environ par la chute, dès lors que l'accident ne peut être qualifié d'événement sans lequel le dommage ne se serait pas produit (RAMA 1986 n° K 703 p. 473 et ss, consid. 2b) ; lorsque l'assuré souffrait depuis plusieurs années d'une modification dégénérative du tissu conjonctif de l'anneau extérieur du disque intervertébral et qu'il est pratiquement sûr que la hernie discale puisse être attribuée à ce dommage du disque intervertébral (RAMA 1990 n° K 849 p. 325).

9. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience 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 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de

certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5).

En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en

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

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

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

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

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

10. 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base

d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. 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).

e. 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).

f. 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).

g. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

11. 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).

12. 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).

13. 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).

14. a. En l'espèce, l'intimée a mis un terme aux prestations du recourant le 13 septembre 2020. Elle s'est fondée sur les conclusions du Dr F_____ et l'avis du Dr H_____, selon lesquels les troubles lombaires, ainsi qu'au coude gauche, n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 17 février 2020, six mois après celui-ci. Par ailleurs, l'intimée a écarté toute causalité entre l'accident annoncé et les troubles psychiques allégués par le recourant.

    b. De son côté, le recourant requiert la continuation de la couverture assurance, se fondant sur l'appréciation de ses médecins traitants.

15. a. Il s'agit dès lors de déterminer si les troubles dont souffre le recourant, soit au niveau lombaire et au coude gauche, sont encore imputables à l'accident du 17 février 2020 - ou ne le sont plus - au-delà de cette date, et s'il existe un lien de causalité entre les troubles psychiques allégués par le recourant et ce même accident.

    b. Le Dr F_____, qui a examiné le recourant après avoir pris connaissance de l'ensemble de son dossier, a relevé la présence d'une discopathie L4-L5 préexistante à la chute et estimé qu'elle avait pu être décompensée par celle-ci. Il a exclu toute fracture ou lésion traumatique, et estimé, s'agissant de la pathologie au coude gauche, qu'il s'agissait possiblement d'une tendinopathie du biceps probablement incompatible avec une chute ou dont l'évolution aurait dû être à tout le moins favorable après six mois. Le Dr F_____ a relevé plusieurs incohérences entre, d'une part, les plaintes décrites par le recourant et, d'autre part, son examen, ainsi que le dossier. Il est arrivé à la conclusion que l'incapacité en lien avec l'accident

devait être considérée comme terminée, au plus tard, six semaines après l'infiltration du 6 août 2020.

Le Dr H_____ a entièrement suivi les conclusions du Dr F_____, qu'il a considéré comme convaincantes. Il a en outre relevé que le coude gauche ne présentait aucune anomalie lors du scanner de février 2020, que ce n'est qu'à l'IRM de juin 2020 que l'épicondylite latérale a été mentionnée, qu'il s'agit d'une affection fréquente chez les personnes de 40-50 ans, constituant un état maladif et non traumatique et que, dans le cadre de cette affection, les processus dégénératifs jouent un rôle essentiel. S'agissant du trouble lombaire, le Dr H_____ a considéré qu'il était de type dégénératif avec une discopathie évoluée et ancienne.

Les prises de position des Drs F_____ et H_____ sont motivées, tiennent compte des examens médicaux, se fondent sur l'ensemble du dossier, discutent l'origine des pathologies et leurs conséquences, sont convaincantes et ne sont pas contredites par des avis médicaux clairs et probants. Les rapports de ces médecins satisfont ainsi aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante.

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut pour la contester, faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3).

En l'occurrence, pour remettre en cause les conclusions des Drs F_____ et H_____, le recourant se fonde essentiellement sur l'appréciation du Dr G_____. Ce dernier a indiqué, dans son rapport du 21 octobre 2020, que, puisque le recourant ne présentait pas de douleurs lombaires avant son accident, les lombosciatalgies résiduelles suite à une décompensation d'une hernie discale étaient liées audit accident, sans toutefois donner davantage d'explications.

Force est toutefois de constater que ce rapport n'établit pas de manière convaincante l'existence d'un lien de causalité. 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.

Dès lors, c'est à juste titre que l'intimée s'est fondée sur les avis des Drs F_____ et H_____ pour retenir, sur le plan somatique, que l'état de santé du recourant, tel qu'il aurait été sans l'accident (*statu quo sine*), pouvait être considéré comme atteint le 13 septembre 2020.

c. Le recourant fait en outre valoir qu'il souffre de troubles psychiques. Dans de tels cas, l'établissement d'un lien de causalité doit être examiné selon la gravité de l'accident.

En l'espèce, l'accident du recourant, soit le fait d'avoir glissé dans les escaliers et d'être tombé sur le dos, s'est déroulé sans circonstances particulières, de sorte qu'il doit être considéré comme un accident de peu de gravité (cf. supra consid. 9). Dans ce contexte, le lien de causalité doit être nié.

Quand bien même cet accident devait être qualifié de gravité moyenne, il serait à la limite des accidents de peu de gravité et les circonstances à prendre en considération devraient se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate, ce qui n'est manifestement pas le cas en l'espèce.

La décision querellée refusant les prestations de l'intimée au-delà du 13 septembre 2020 est ainsi également fondée s'agissant des troubles psychiques.

16. 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
Nathalie LOCHER	Doris GALEAZZI

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