RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/690/2021 **ATAS/224/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 mars 2022

8ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, France recourante

contre

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

Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente suppléante ; Anny FAVRE et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1963, travaillait auprès de la société coopérative E_____, en qualité de vendeuse à temps partiel depuis le 1er juillet 2002. À ce titre, elle était assurée contre la survenance d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

b. Par déclaration du 5 novembre 2019, l'employeur a annoncé un accident survenu le 17 octobre 2019 au domicile de l'assurée à F_____ (France). En descendant les escaliers, l'assurée a glissé et tapé le bas des fesses sur la dernière marche de l'escalier. Le docteur B_____, médecin à G_____ (France) a prescrit un arrêt de travail à 100% dès le 24 octobre 2019, prolongé jusqu'au 15 novembre 2019. La SUVA a pris en charge le cas.

c. Divers examens ont été pratiqués. La radiographie du rachis lombosacré du 24 octobre 2019 montre une discopathie modérée L3-L4, une discopathie L4-L5, un important antélisthésis de L5 sur L5 de grade II, une importante discopathie L5-S1, une diminution de hauteur du corps vertébral de L5. L'IRM lombaire du 28 octobre 2019 a mis en évidence un discret antélisthésis dégénératif de L3, un antélisthésis de grade II de L5 secondaire à une lyse isthmique bilatérale et cyphose L5-S1, un tassement de L5 et probable trait de fracture du corps de S1, une discopathie sévère L5-S1 et un rétrécissement foraminal sévère bilatéral à prédominance droit du foramen intervertébral L5-S1 secondaire à l'antélisthésis de grade II de L5.

d. Par rapport du 2 décembre 2019, le Dr B_____ indiquait que la patiente présentait une douleur lombaire et diagnostiquait un tassement vertébral L5. L'incapacité de travail était totale dès le 24 octobre 2019 jusqu'au 30 avril 2019 (*recte* : 2020), puis l'arrêt de travail a été prolongé, une reprise du travail à 50% étant prévue pour le 1er novembre 2020. Le docteur C_____ neurochirurgien, a mentionné un tassement vertébral de L5 post-traumatique, prescrit le port d'une ceinture lombaire pour 2 -3 mois et un arrêt de travail du 4 novembre 2019 au 4 février 2020. Selon les indications de la patiente, elle aurait chuté de sa hauteur, sur les fesses, en août 2019, puis de nouveau en octobre. En décembre 2019, au vu de l'évolution clinique favorable, la kinésithérapie a pu commencer. L'arrêt de travail a été prolongé.

e. Le dossier a été soumis à plusieurs reprises au médecin d'arrondissement, le docteur D_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui indiquait déjà le 5 décembre 2019 que la fracture n'était pas certaine et que les atteintes préexistantes étaient largement suffisantes pour entraîner les douleurs. Le 16 mai 2020, le médecin d'arrondissement a autorisé un séjour à la Clinique H_____ (ci-après : la H_____), précisant qu'il convenait de soumettre la demande rapidement en espérant une prise en charge rapide, car on arrivait aux limites de

l'incapacité de travail en causalité naturelle prépondérante, au vu du problème dégénératif prépondérant.

f. L'assurée à séjourné à la H_____ du 23 juin au 29 juillet 2020 pour rééducation intensive et évaluation multidisciplinaire. Dans son rapport du 11 août 2020, la H_____ indique que la patiente a bénéficié de physiothérapie, d'un suivi psychosomatique et d'un traitement antalgique. Elle a été suivie aux ateliers professionnels. Les limitations fonctionnelles suivantes ont été retenues : port de charges supérieures à 5-10 kg, ports répétés de charges supérieures à 5 kg, activité nécessitant le maintien prolongé du tronc en porte-à-faux et/ou en position statique ou assise, flexion-torsion répétées du tronc. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite d'un traitement de physiothérapie pourrait permettre de diminuer les douleurs lombaires, d'améliorer la force des membres inférieurs et du rachis, et par conséquent d'améliorer les aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de 3 mois. Aucune intervention chirurgicale n'était proposée.

g. Le 19 octobre 2020, le Dr D_____ a indiqué que l'incapacité de travail n'était plus justifiée pour les seules suites de l'accident et que la reprise de travail était compromise, mais pas pour les seules suites de l'événement.

h. Dans son appréciation médicale du 4 novembre 2020, le Dr D_____ a relevé la sévérité des atteintes dégénératives et a estimé qu'en causalité de vraisemblance prépondérante, à plus d'un an de l'événement, celui-ci a cessé ses effets.

B. **a.** Par décision du 3 novembre 2020, la SUVA a informé l'assurée que selon le médecin d'arrondissement, les troubles persistant actuellement n'ont plus aucun lien avec l'accident. L'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident du 17 octobre 2019 peut être considéré comme atteint depuis le 6 novembre 2020 au plus tard, de sorte qu'elle était tenue de clore le cas et de mettre fin à l'indemnité journalière à cette date.

b. L'assurée a formé opposition le 23 novembre 2020. Elle fait valoir que la décision n'est pas valable, car une précédente chute survenue le 27 juillet 2019 lors de ses vacances en Corse (en marchant sur des rochers, chute sur le coccyx) n'a pas été annoncée à la SUVA par l'employeur compte tenu de l'accident du 17 octobre 2019 et n'a donc pas été prise en compte par le médecin d'arrondissement lors de son appréciation. Selon l'assurée, les anomalies de la colonne lombaire révélées par les examens radiologiques et les IRM étaient asymptomatiques avant les accidents des 27 juillet et 17 octobre 2019, de sorte que l'on ne peut conclure que les douleurs lombaires n'ont plus de relation de causalité avec les accidents. Elle concluait à l'annulation de la décision litigieuse et à la poursuite de la prise en charge par la SUVA.

c. Par décision du 29 janvier 2021, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée et retiré l'effet suspensif. Elle relève que contrairement à ce que soutient l'assurée, l'événement du 27 juillet 2019 était connu du Dr D_____, puisque cité dans son appréciation. Pour le surplus, la SUVA se réfère à l'avis du médecin d'arrondissement.

C. **a.** L'assurée interjette recours le 24 février 2021, sollicitant préalablement le rétablissement de l'effet suspensif. Sur le fond, elle considère que la décision de l'intimée doit être annulée, dès lors qu'elle n'a pas pris en considération l'accident du 27 juillet 2019. La recourante conclut à l'annulation de la décision querellée et à la poursuite de la prise en charge des suites de l'accident par l'intimée.

b. Dans sa réponse du 10 mars 2021, l'intimée s'oppose eu rétablissement de l'effet suspensif et, sur le fond, conclut au rejet du recours.

c. Par arrêt du 22 mars 2021, la chambre de céans a rejeté la requête en rétablissement de l'effet suspensif.

d. Par réplique du 9 avril 2021, la recourante fait valoir que le fait de mettre fin aux prestations de manière abrupte et arbitraire met les assurés dans une situation périlleuse. Elle persiste dans ses conclusions.

e. L'intimée, dans sa duplique du 29 avril 2021, persiste dans ses conclusions. Elle relève que l'événement du 27 juillet 2019 a été pris en compte et évoqué dans la décision querellée. Compte tenu des atteintes maladives dont souffre la recourante, il n'est pas susceptible d'influer sur le sort du litige.

f. Le 20 août 2021, la recourante a communiqué copie des rapports de consultation du Dr C_____, lequel évoque le 9 août 2021 « des signes radiologiques d'instabilité semblant préexistants au traumatisme et pouvant expliquer les lombalgies persistantes. On ne peut pas écarter non plus des lombalgies séquellaires au traumatisme ».

g. Dans son écriture du 2 septembre 2021, l'intimée expose avoir soumis le rapport de consultation produit par la recourante au Dr D_____ et communique l'avis médical rédigé par ce dernier en date du 1er septembre 2021. Le médecin d'arrondissement s'est prononcé sur le degré de la vraisemblance prépondérante de manière claire et convaincante et il convient de suivre ses conclusions selon lesquelles le lien de causalité entre les atteintes et l'événement s'est rompu une année après sa survenance.

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. Le recours ayant été interjeté devant la chambre de céans après le 1er janvier 2021, la LPGA modifiée est applicable (cf. art. 82*a* LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 al. 1 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 point de savoir si l'assurée a droit aux prestations d'assurance au-delà du 6 novembre 2020 pour les suites de l'accident du 17 octobre 2019.

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.

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).

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).

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).

On ajoutera que, 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 consid. 2, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites 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 p. 264). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts U 48/07 du 6 novembre 2007, consid. 3 et U 172/06 du 10 mai 2007, consid. 6.2).

8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

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).

9. En l'espèce, suite à la chute du 17 octobre 2019, les radiographies du rachis lombosacré et l'IRM lombaire ont montré un traumatisme lombaire avec fracture du plateau supérieur L5 et fracture du corps de S1. Les divers examens radiologiques pratiqués ont également mis en évidence un état dégénératif antérieur, notamment un antélisthésis sur plusieurs vertèbres ainsi qu'un rétrécissement foraminal sévère. Le Dr B_____ a diagnostiqué un tassement vertébral L5 sur antélisthésis. Le Dr C_____, neurochirurgien, a pris connaissance des résultats des examens radiologiques et noté un antélisthésis dysplasique L5-S1 de stade II, un rétrolisthésis L4-L5, un antélisthésis L3-L4 et un tassement post-traumatique du corps de L5. Un traitement orthopédique sous forme du port d'un corset a été prescrit pour 3 mois, ainsi qu'un traitement antalgique. Le 6 février 2020, le neurochirurgien notait une évolution globalement favorable, notamment sur le plan fonctionnel, et préconisé un retrait progressif du corset sur 4 à 6 semaines.

Dans son rapport du 11 août 2020 suite au séjour de la recourante, la H_____ indiquait que la patiente avait suivi un programme de rééducation intensive. Les diagnostics retenus étaient des lombalgies chroniques, une fracture-tassement du plateau supérieur de L5 et fracture du corps de S1, antélisthésis de L5 sur S1 de grade I-II sur lyse isthmique bilatérale. La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, mais la poursuite d'un traitement de physiothérapie pouvait permettre de diminuer les douleurs lobaires et d'améliorer les aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de 3 mois.

Sur la base des constatations médicales, le médecin d'arrondissement a expliqué dans son appréciation médicale du 4 novembre 2020 que suite à la chute sur les fesses, la recourante a subi une impaction de la région lombosacrée sur une malformation majeure de type spondylolisthésis de grade II de Meyerding avec pente sacrée avoisinant les 80 degrés, sur lyse isthmique évoluée connue ou

méconnue. C'est une malformation d'origine congénitale qui évolue lentement vers une péjoration, comme toujours dans ces cas, par la dégénérescence, la fermeture des foramens, la disparition complète du disque et l'apparition semi-permanente ou permanente de sciatiques. La minime fracture/tassement de la vertèbre s'est consolidée en quelques mois, de même que l'impaction, voire la possible fracture de l'ostéophyte évolue aussi généralement en quelques mois. L'événement a entraîné probablement la petite fracture/tassement, mais pas l'ensemble des atteintes dégénératives et congénitales qui ont été, sur le plan algique, mais pas anatomique, transitoirement péjorées ou révélées, par rapport à l'état antérieur. Compte tenu de la consolidation effective de la petite fracture et du temps écoulé de plus d'un an, le Dr D_____ a estimé que l'événement pris en charge initialement a cessé ses effets en vraisemblance prépondérante.

10. La recourante conteste la décision de l'intimée, alléguant qu'un autre accident subi en juillet 2019, à savoir une chute sur le coccyx lors de ses vacances en Corse, non déclaré par l'employeur, n'a pas été pris en compte par l'intimée. Cet argument tombe à faux. En effet, l'intimée a évoqué ce fait dans la décision querellée. Il convient par ailleurs de relever, comme le souligne l'intimée, que les suites de cet événement se sont limitées à une seule consultation chez un ostéopathe en France et que, contrairement à ce que soutient la recourante, le fait était connu du médecin d'arrondissement.

Elle conteste également l'appréciation du Dr D_____, au motif que compte tenu du fait que les anomalies de la colonne lombaire étaient asymptomatiques avant les accidents, que ces dernières sont devenues symptomatiques et que les douleurs persistent, il n'est pas possible d'affirmer, avec une certitude médico-pratique et une certitude scientifique au degré de vraisemblance prépondérante que les douleurs lombaires actuelles n'ont plus de relation de causalité avec les événements accidentels des 27 juillet 2019 et 17 octobre 2019.

La chambre de céans relève qu'en soulignant l'absence de douleurs antérieurement à l'accident survenu le 17 octobre 2003, voire celui aussi du 27 juillet de la même année, l'assurée tient en réalité un raisonnement fondé sur le principe «*post hoc ergo propter hoc*», lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341).

La recourante se réfère à l'extrait du rapport de consultation du Dr C_____ du 9 août 2021 selon lequel on ne peut pas écarter non plus des lombalgies séquellaires du traumatisme. Il convient toutefois de constater que le Dr C_____ a indiqué que le bilan effectué à l'occasion du traumatisme avait mis en évidence un spondylolisthésis dysplasique L5-S1, un rétrolisthésis L4-L5 et un antélisthésis L3-L4, qui sont des signes radiologiques d'instabilité, semblant préexistants au traumatisme, et pouvant expliquer des lombalgies persistantes. Le médecin, qui a également souligné que la fracture de L5 avait consolidé sous traitement

orthopédique, ne s'est cependant pas déterminé sur le critère - essentiel - de la vraisemblance prépondérante.

Le rapport du Dr C_____ n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr D_____, qui s'est prononcé clairement et de manière circonstanciée sur le degré de vraisemblance prépondérante, sur la base du dossier radiologique et des constatations médicales. Il a motivé son appréciation, en soulignant la sévérité de la pathologie dégénérative et constitutionnelle qui va évoluer pour son propre compte et est, au degré de vraisemblance prépondérante, responsable des troubles que présente ou présentera l'assurée.

La chambre de céans n'a pas de motif de s'écarter de l'analyse et des conclusions convaincantes du Dr D_____.

Au vu de ce qui précède, la décision de l'intimée ne prête pas le flanc à la critique.

11. Mal fondé, le recours est rejeté.

12. Selon l'art. 61 LPGA sous réserve de l'art 1 al. 3 de la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA), la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est réglée par le droit cantonal.

Pour les litiges en matière de prestations, la procédure est soumise à des frais judiciaires si la loi spéciale le prévoit; si la loi spéciale ne prévoit pas de frais judiciaires pour de tels litiges, le tribunal peut en mettre à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou fait preuve de légèreté. (cf. art. 61 let. fbis LPGA, en sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2021).

La LAA ne prévoyant pas de frais pour la procédure de recours en matière de prestations d'assurance, la procédure est gratuite.

* * * * *

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 suppléante
Marguerite MFEGUE AYMON	Juliana BALDÉ

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