

GE_GERICHTE ATAS/370/2020 vom 14. Mai 2020

GE Cour de justice, 2020-05-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_370_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/370/2020 du 14 mai 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/370/2020 del 14 maggio 2020

Erwägungen

E. 15

Par décision du 18 juin 2019, la SUVA a mis un terme au paiement des prestations d'assurance, avec effet au 30 juin 2019 au motif qu'en se fondant sur les conclusions du service médical, les troubles du dos allégués par l'assuré n'étaient plus de la responsabilité de la SUVA, faute de relation de causalité avec l'accident.

E. 16

En date du 2 août 2019, l'assuré a consulté le Dr E_____, qui dans son rapport de consultation se prononçait comme suit :

A/3495/2019 - 7/16 - « Diagnostic : Accident de travail le 19 mars 2018 - Douleurs neuropathiques du nerf ilio-inguinal droit, traitées par Sumontil. - IRM lombaire: discopathie Th12/L1 sans neurocompression. - Faiblesse moyen fessier droit, irritation facettaire L5/S1 droit. - Inégalité longueur membre inférieur 14mm à droite selon EOS, compensée par une semelle de 17mm (Dr F_____). » Suivaient différentes rubriques (douleurs, professionnel, social, échelle d'auto-évaluation fonctionnelle) se fondant toutes sur le ressenti de l'assuré. Le rapport se concluait par une proposition de prise en charge : « Physiothérapie : oui. Patient risque de ne pas correspondre à ses attentes (attend une prise en charge très intense). Disponibilité/engagement remis en question.

Ergothérapie : régulation des activités et reprise de confiance. Prise en charge possible.

Psychiatrie : groupe parole indiquée.

Médical : une IRM cérébrale a été demandée ainsi qu'une évaluation neuropsychologique concernant un traumatisme crânien anamnestique et jamais investigué. (Multiples incohérences à l'anamnèse, plusieurs rendez-vous manqués). »

E. 17

En date du 19 août 2019, l'assuré s'est opposé à la décision de la SUVA du 18 juin 2019. En substance, il concluait qu'il ressortait du rapport de consultation établi par le Dr E_____, le 2 août 2019, que ses troubles de la santé résultaient bien de l'accident du 19 mars 2018.

E. 18

Par décision sur opposition du 23 août 2019, la SUVA a rejeté l'opposition contre la décision du 18 juin 2019, reprenant la motivation et les conclusions de cette dernière.

E. 19

En date du 20 septembre 2019, l'assuré a déposé un recours contre la décision de la SUVA du 23 août 2019, reprochant à cette dernière une attitude contradictoire et de mauvaise foi, rappelant qu'il était en incapacité totale de travailler et de gagner sa vie ; alléguant que le Dr E_____, dans son rapport du 2 août 2019, avait confirmé que ses troubles de la santé résultaient bien de l'accident du 19 mars 2018 et concluant à ce que la SUVA continue de lui verser des indemnités journalières.

E. 20

Dans sa réponse du 8 novembre 2019, la SUVA a rappelé le contenu et les conclusions des rapports des Drs B_____, E_____, D_____ et G_____ et a conclu à la confirmation de la décision querellée. L'intimée a encore précisé que la présente procédure ne concernait pas les troubles qui avaient fait ou feraient l'objet

A/3495/2019 - 8/16 - d'une IRM cérébrale et d'une évaluation neuropsychologique (selon rapport du 2 août 2019 du Dr E_____).

E. 21

Le recourant a répliqué, par écriture du 10 décembre 2019, informant la chambre de céans de son inscription au chômage, et du suivi d'un programme de réentraînement/retour au travail, ainsi que d'un suivi de physiothérapie.

E. 22

Sur ce, 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

E. 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 3. Le litige porte sur le refus de prester de l'intimée depuis le 30 juin 2019, au motif que les troubles de la santé du recourant n'ont plus de rapport avec l'accident du 19 mars 2018. 4. 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

A/3495/2019 - 9/16 - 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. 5. 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). 6. 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

A/3495/2019 - 10/16 - 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). 7. 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 LPG), 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

A/3495/2019 - 11/16 - 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. Étant 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

A/3495/2019 - 12/16 - 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). 8. 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). 9. 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

A/3495/2019 - 13/16 - 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). 10. En l'espèce, le recourant allègue que les troubles de la santé dont il souffre, singulièrement des douleurs au dos, sont encore imputables à l'accident du 19 mars 2018.

Il sied de rappeler que le recourant, âgé de 54 ans au moment des faits et travaillant sur un chantier, est tombé de sa hauteur dans l'herbe, sans qu'il ne se soit produit de fractures et avec un premier bilan posé par la Dresse B_____ constatant des contusions à la hanche droite et à l'épaule droite de l'assuré sans fracture, avec un diagnostic de contusion/contracture lombaire.

Dans son rapport du 7 mai 2018, la praticienne relève que l'IRM montre des troubles dégénératifs et discopathies étagés modérés du rachis lombo-sacré, avec minime possible conflit intracanalair avec la racine de L5 droite.

La chambre de céans constate, dès lors, la présence de troubles dégénératifs au moment de l'accident, ce qui est vraisemblable au vu de l'âge et des efforts pratiqués sur un chantier

lors des activités professionnelles de l'assuré.

Dans ses écritures le recourant soutient que le rapport du Dr G_____ est « académique et livresque » mais loin de ce que les « médecins traitants constatent et traitent ».

Ce grief revient à confronter le rapport du médecin traitant de l'assuré, le Dr E_____ et les rapports des médecins de la SUVA, l'orthopédiste D_____ et le neurologue G_____.

La lecture du rapport du Dr E_____ du 2 août 2019, montre que ce dernier n'a pas pris position sur les douleurs et difficultés alléguées par le recourant, se contentant

A/3495/2019 - 14/16 - de les rapporter en style indirect et expliquant qu'il s'agissait de ressentis mais pas du résultat de constatations médicales. Son rapport se conclut par la recommandation d'une physiothérapie.

Aucun élément objectif dans le rapport du Dr E_____ ne permet de déduire que ce dernier considère que les troubles de la santé effectivement constatés, sont encore en rapport de causalité avec l'accident.

S'agissant des rapports des Drs D_____ et G_____, ils concluent tous deux à la fin du rapport de causalité des troubles de la santé allégués par le recourant avec l'accident du 19 mars 2018. Le Dr D_____, dans son rapport du 6 mars 2019, constate à la vue des radiographies EOS du rachis réalisées le 31 août 2018 et le 16 octobre 2018 qu'aucune lésion traumatique récente n'est mise en évidence. Il évoque la possibilité d'une contusion traumatique du nerf ilio-inguinal à son passage en regard de l'épine iliaque antéro supérieure tout en soulignant que cette lésion n'est pas fréquente en l'absence de chirurgie antérieure. Il émet l'hypothèse que les douleurs alléguées par le recourant puissent correspondre à une irritation du nerf ilio-inguinal et rappelle que l'évolution de celle-ci a été favorable avec un traitement par Surmontil® selon les conclusions du Dr E_____, médecin spécialiste qui le suit. Enfin, il conclut que sur le plan des lombalgies en l'absence d'irradiation sciatique on peut conclure que cet événement a cessé ses effets délétères au plus tard six mois après sa survenue soit le 19 septembre 2018.

Le Dr G_____, dans son rapport du 2 mai 2019, s'étonne que de simples contusions de la hanche et de l'épaule droites, consécutives à une chute puissent conduire à un traumatisme suffisamment important de la paroi abdominale pour causer une lésion du nerf inguinal et considère qu'il n'y a pas de lien temporel restreint entre l'événement du 19 mars 2018 et l'apparition des douleurs à caractère neuropathique. Sa conclusion selon laquelle une neuropathie du nerf ilio-inguinal n'est pas avérée au degré de la vraisemblance prépondérante et qu'il n'est pas signalé que l'irradiation des douleurs à la cuisse et la jambe droites surpasse largement le territoire de ce nerf, n'est contredite par aucun élément du dossier, singulièrement par aucune observation contraire des médecins traitants du recourant.

Alors que le Dr D_____ évoque la possibilité – tout en signalant que cette lésion n'est pas fréquente en l'absence de chirurgie antérieure - d'une irritation du nerf ilio-inguinal, le Dr G_____ considère qu'une neuropathie de ce nerf n'est pas avérée au degré de la vraisemblance prépondérante.

La chambre de céans, constate que le médecin traitant ne confirme pas, le 2 août 2019, le maintien d'un rapport de causalité des troubles de la santé allégués par le recourant, avec

l'accident du 19 mars 2018. Les médecins de la SUVA excluent

A/3495/2019 - 15/16 - clairement cette hypothèse. Leurs conclusions aboutissent à des résultats convaincants et sont sérieusement motivées, les avis ne contiennent pas de contradictions et aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. S'y ajoute le fait qu'en cas de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le Tribunal fédéral admet que 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).

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère que les conclusions des médecins de la SUVA selon lesquelles le lien de causalité entre l'accident et les troubles de la santé du recourant n'existent plus, au moins depuis le 30 juin 2019, présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il s'ensuit que la décision querellée est bien fondée. 11. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. 12. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3495/2019 - 16/16 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.