

200.2014.800.LAA

APA/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 15 février 2016

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A. Aprile, greffière



A. _____
représenté par Me B. _____

recourant

contre

SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 Lucerne

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 25 juillet 2014

En fait:

A.

Au bénéfice d'indemnités de chômage (délai-cadre du 1^{er} décembre 2011 au 30 novembre 2013), A. _____, né en 1958, père de famille, réalisait depuis le 1^{er} mars 2012 un gain intermédiaire au service d'une entreprise active dans le domaine de l'étalonnage et de la technique de mesure. Par déclaration d'accident bagatelle du 9 juillet 2013, l'employeur a annoncé à la SUVA que le 18 juin 2013 son ouvrier avait subi une contusion à la cuisse gauche en tombant de sa chaise pendant son travail. Les 4 et 5 novembre 2013, l'employeur ainsi que la caisse de chômage ont encore annoncé une rechute de l'assuré à la SUVA, en mentionnant que l'assuré était en incapacité de travail depuis le 1^{er} septembre 2013. Après avoir obtenu des renseignements complémentaires de l'assuré et de plusieurs médecins, la SUVA, suivant en cela l'avis de son médecin d'arrondissement, a communiqué aux intéressés, les 2 et 6 décembre 2013, qu'elle prenait le cas en charge.

B.

Par décision du 4 juin 2014, la SUVA a mis fin au versement des prestations d'assurance au 18 juin 2014, en retirant l'effet suspensif à une éventuelle opposition.

C.

Suite à l'opposition formée le 23 juin 2014 par l'assuré, la SUVA a confirmé son prononcé initial par décision sur opposition du 25 juillet 2014.

D.

Le 1^{er} septembre 2014, la SUVA a transmis au Tribunal administratif du canton de Berne (TA) un recours daté du 23 août 2014 que l'assuré lui avait envoyé le 24 août 2014 et qui concluait, implicitement, à la continuation du versement des prestations. Autorisé, selon ses vœux, à compléter son recours, le 8 octobre 2014, le recourant, désormais représenté par un avocat, a déposé un courrier en allemand comprenant des documents émanant de médecins et une requête d'assistance judiciaire et de désignation du mandataire comme avocat d'office. Le 13 octobre 2014, il a accepté que la langue de la procédure reste le français. Le 17 novembre 2014, toujours par le biais de son mandataire, il a complété son recours par un avis médical supplémentaire.

Par mémoire de réponse du 19 février 2015, la SUVA a conclu au rejet du recours. Dans sa réplique du 17 mars 2015, l'assuré, par son mandataire, a expressément conclu à l'annulation de la décision du 25 juillet 2014, à l'octroi des prestations légales qui lui sont dues et au constat que la myélopathie est, avec une vraisemblance confinante à la certitude, une conséquence de l'accident bagatelle du 18 juin 2013. Dans sa duplique du 31 mars 2015, la SUVA a intégralement confirmé les conclusions de son mémoire de réponse. Le 10 avril 2015, l'avocat du recourant a présenté sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 25 juillet 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de cessation des prestations au 18 juin 2014, rendue par l'intimée en date du 4 juin 2014. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et la poursuite du droit aux prestations au-delà du

18 juin 2014. A défaut d'intérêt digne d'être protégé (art. 49 al. 2 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA, RS 830.1]), la conclusion du recours (réplique) tendant à une constatation doit être comprise comme un élément de la motivation. Est en particulier litigieux le lien de causalité entre l'événement survenu le 18 juin 2013 et les troubles dont souffre le recourant au-delà du 18 juin 2014.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 30, 56 ss LPGA et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate

entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2 Tout événement est la cause naturelle d'un accident lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 c. 3.1, 119 V 335 c. 1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il suffit que l'accident en question représente une cause partielle d'une atteinte à la santé déterminée (ATF 134 V 109 c. 9.5, 123 V 43 c. 2b; SVR 2009 UV n° 3 c. 8.3).

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 ou le décès n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (*statu quo ante*), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (*statu quo sine*; SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2; RAMA 1994 p. 326 c. 3b). De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de

causalité naturelle fondant l'obligation de prester – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2).

2.3 L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc* et *pro futuro* à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue, en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré – selon une appréciation correcte de la situation – n'est jamais survenu. Il en va de même en ce qui concerne l'examen de la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé. Là également, l'assureur-accidents, après avoir pris en charge le traitement médical et versé des indemnités journalières, peut nier la causalité adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte à la santé et, sur cette base, mettre fin aux prestations avec effet *ex nunc*. Ce n'est qu'en cas de demande de restitution de prestations que les conditions d'une révocation doivent être observées (voir ATF 130 V 380 c. 2.3.1).

2.4 En droit de l'assurance-accidents, il est un fait médicalement avéré que pratiquement toutes les hernies discales apparaissent en présence de modifications dégénératives des disques intervertébraux et ne résultent qu'exceptionnellement et dans des conditions particulières d'événements accidentels. Pour qu'une hernie discale puisse être considérée comme étant due principalement à un accident, il faut que l'accident ait été d'une gravité particulière, qu'il ait été à même de provoquer une lésion d'un disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) soient apparus sans délai après l'accident, provoquant aussi immédiatement une incapacité de travail. Dans de tels cas, l'assureur-accidents est, d'après la jurisprudence également, tenu de prendre à sa charge les rechutes et les éventuelles opérations qui s'ensuivent (SVR 2009 UV n° 1 c. 2.3).

Si la hernie discale n'a été qu'activée par le traumatisme sur un substrat dégénératif préexistant, et non pas causée par l'accident lui-même, l'assurance-accidents n'est tenue de prendre en charge que les conséquences du syndrome douloureux en rapport immédiat avec l'accident subi. D'après l'état actuel des connaissances médicales, le *statu*

quo sine en cas de lombalgies et lomboischialgies post-traumatiques est en général atteint trois ou quatre mois après l'accident, tandis qu'une éventuelle aggravation doit être établie radiologiquement et se démarquer de l'évolution usuelle due à l'âge. Une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant cliniquement stable de la colonne vertébrale doit être en général considérée comme terminée après six à neuf mois, mais au plus tard après un an (SVR 2009 UV n° 1 c. 2.3.1 et 2.3.2).

Si une aggravation déterminante due à l'accident n'est pas démontrée par l'imagerie préopératoire, en d'autres termes, si la hernie discale n'a pas été causée par l'accident, mais a uniquement été activée, déclenchée par ce dernier, il peut être mis fin au versement des prestations même après l'intervention chirurgicale prescrite dans le cadre du traitement de la symptomatologie post-accidentelle (TF 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 c. 5.1.2 et 5.1.3).

2.5 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a).

La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

2.6 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont

convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6). Le droit des assurances sociales ne connaît pas de principe selon lequel, en cas de doute, les organes d'assurance doivent décider en faveur de l'assuré. Un droit à des prestations n'existe que lorsque les conditions y relatives sont remplies avec une vraisemblance prépondérante (RCC 1983 p. 249 c. 2b)

3.

3.1 Selon les annonces d'accident et de rechute et le formulaire complété le 7 novembre 2013 par le recourant, ce dernier est tombé de sa chaise de travail le 18 juin 2013, à 11 heures, et s'est contusionné (Quetschung) la cuisse gauche (Oberschenkel links). L'accident s'est déroulé sans témoin. Au collaborateur de l'intimée qui a dressé le rapport du 28 janvier 2014, le recourant, en expliquant que les autres renseignements au dossier provenaient de malentendus, a confirmé la date du 18 juin 2013 et précisé qu'il était tombé lourdement sur le sol en béton, sur la fesse gauche (Gesässhälfte links), et avait immédiatement ressenti de fortes douleurs irradiant dans la colonne vertébrale, sans aucune blessure apparente.

3.2 D'un point de vue médical, les éléments suivants ressortent notamment du dossier:

3.2.1 Selon le rapport des médecins urgentistes de la clinique consultée le 18 juin 2013, le recourant a mentionné souffrir de troubles de la sensibilité dans la cuisse gauche depuis deux mois, en précisant qu'il avait l'impression que les maux s'étaient renforcés depuis une chute d'une chaise, la veille. Les médecins urgentistes relèvent aussi qu'une IRM antérieure n'avait pas montré de pathologie de la colonne lombaire et que le médecin traitant avait diagnostiqué une meralgie paresthésique, résultat qu'ils ont confirmé.

3.2.2 Après avoir déjà réalisé l'IRM lombaire (MRI LWS) du 6 mai 2013 n'ayant mis aucune anomalie en évidence (connue des médecins urgentistes), sur la base de deux IRM de la colonne cervicale et thoracique (MRI HWS, MRI BWS), le 29 octobre 2013, un spécialiste FMH en radiologie a diagnostiqué une myélopathie sur hernie discale C5-C6 et cyphose.

3.2.3 Face à ce diagnostic, un des spécialistes du centre de neurologie auquel le recourant avait été adressé par son médecin de famille a recommandé d'envisager une intervention chirurgicale (dossier [dos.] SUVA 20, 21 et 26). Le 25 novembre 2013, un professeur, chirurgien orthopédiste FMH, avec implication d'un neurologue FMH du centre précité, a procédé à une opération de décompression de la moelle épinière avec spondylodèse C5/6 (rapports des 25 et 26 novembre et 9 décembre 2013).

3.2.4 Le médecin d'arrondissement de l'intimée, médecin praticien et chirurgien FMH, s'est prononcé à trois reprises. Le 26 novembre 2013, il a succinctement estimé que le statu quo sine après un traumatisme d'une prédisposition dégénérative de la colonne cervicale devrait être admis au plus tard un an après l'accident. Le 18 mars 2014, avant la décision, il a maintenu l'existence d'une aggravation éphémère des maux pendant au plus une année. Suite à l'opposition, il a établi un rapport détaillé le 9 juillet 2014. Après avoir résumé les avis médicaux au dossier, il a confirmé ses deux précédents avis. Il a exclu que l'importante myélopathie, la hernie discale et la cyphose secondaire, décrites par le chirurgien ayant opéré le recourant, puissent avoir été causées par l'accident. Il a également exclu, au degré de la vraisemblance prépondérante, au vu des dernières données médicales, tout indice de lésion structurelle susceptible d'avoir été provoquée par l'accident. En revanche, il a admis que la chute avait activé la maladie dégénérative, mais que le statu quo sine a été recouvré après au plus une année, ce qui signifie qu'après ce laps de temps, l'accident n'influe plus sur le tableau des douleurs. Il a en outre rappelé que tant sur le plan médical que sous l'angle juridique, l'argument voulant que, parce qu'il est survenu après un événement, un fait en est la conséquence ("post hoc, ergo propter hoc") ne vaut pas.

3.2.5 A l'appui du recours, le recourant a encore produit deux avis médicaux. Dans celui du 11 septembre 2014, un spécialiste du centre de neurologie qui a suivi le recourant constate un trouble spastique de la jambe gauche, qui provient sûrement de la myélopathie cervicale, mais qu'en tant que neurologue, il ne peut se prononcer sur la causalité entre ce trouble et le traumatisme. Celui du 6 novembre 2014, émanant du chirurgien ayant effectué l'opération, constate d'abord qu'une protrusion ou une hernie est toujours l'expression d'une maladie antérieure d'un disque vertébral, c'est-à-dire d'un processus dégénératif. Le chirurgien indique cependant qu'un choc axial, tel que celui subi lors de la chute de la chaise, peut être pris en considération en tant que facteur déclenchant la hernie discale et les douleurs myélopathiques, en présence d'un état maladif préexistant, qui ne se manifestait pas cliniquement auparavant. Sur cette base, il déduit que l'accident doit être vu comme un facteur déterminant aggravant les douleurs ayant conduit à l'opération.

3.2.6 Dans son appréciation détaillée du 18 février 2015 jointe à la réponse de l'intimée, une spécialiste FMH en chirurgie œuvrant pour le centre de médecine des assurances de la SUVA, arrive à la conclusion que les nouvelles pièces produites avec le recours ne remettent pas en cause l'estimation du médecin d'arrondissement. Selon elle, les symptômes ressentis par le recourant n'ont pas même été déclenchés par l'accident, mais existaient déjà depuis deux mois. Elle estime qu'une aggravation temporaire est possible, mais, sur la base du dossier, pas vraisemblable d'une façon prépondérante. De son avis, il est toutefois pensable, que du fait de la contusion à la fesse ou à la hanche (ainsi que le décrit le neurologue le 6 novembre 2013) gauche, des douleurs locales passagères, qui auraient toutefois été guéries au plus après 6 semaines, soient venues s'ajouter dans la région de la meurtrissure. A l'appui de ses conclusions, elle fait notamment valoir que tous les médecins impliqués sont unanimes quant à l'existence d'une maladie antérieure dégénérative au niveau de la colonne cervicale, atteinte (myélopathie compressive) qu'ils estiment tous être à l'origine des douleurs subies par le recourant. Elle expose qu'en l'absence de signes de modification traumatique structurelle (blessure des ligaments, fracture ou épanchement sanguin par exemple), il est exclu que l'accident (chute d'une chaise) puisse provoquer une pathologie étagée sur

plusieurs segments de l'ampleur de celle résultant de l'IRM du 20 octobre 2013, ce que reconnaît aussi le chirurgien orthopédique. Toujours selon l'analyse de cette spécialiste, l'absence de lésions structurelles et de symptômes aigus à la nuque après la chute (simple continuation des symptômes lombaires et aux jambes selon le rapport des médecins consultés en urgence) parlent aussi à l'encontre d'une détérioration traumatique de la pathologie cervicale due à l'accident (une dégradation n'a été mentionnée qu'à partir du 6 novembre 2013).

4.

4.1 La SUVA ne remet pas en doute que le recourant est bel et bien tombé de sa chaise de travail le 18 juin 2013 et que cette chute représente un accident. Elle estime cependant, en s'appuyant sur les avis de ses médecins, que l'événement du 18 juin 2013 a tout au plus aggravé de manière passagère l'état dégénératif maladif antérieur et que, à supposer qu'il en ait eu, selon une vraisemblance prépondérante, il n'a en tout cas plus aucun effet sur les symptômes ressentis par le recourant un an après l'accident.

Le recourant conteste l'appréciation médicale ainsi faite. En se fondant notamment sur l'IRM du 6 mai 2013 ainsi que sur le rapport de son chirurgien orthopédique traitant du 6 novembre 2014, il affirme qu'avec une probabilité confinante à la certitude, la myélopathie diagnostiquée seulement après l'accident, qui est à l'origine d'une importante restriction de la capacité de travail, dont rien n'établit qu'elle serait aussi survenue sans l'accident en raison d'une maladie dégénérative, est une conséquence de l'accident, même "bagatelle", du 18 juin 2013.

4.2

4.2.1 Les appréciations médicales du médecin d'arrondissement (du 18 juin 2013) et de la chirurgienne attachée au service médical central de l'intimée (du 18 février 2015) ont été établies en pleine connaissance du dossier. Elles décrivent le contexte médical de manière claire et détaillée avec des conclusions bien motivées. Elles tiennent compte des maux que

le recourant a ressentis - et qu'il continue de ressentir. Elles discutent les points sur lesquels les opinions de tous les médecins impliqués ne sont pas unanimes, en exposant les raisons des choix qu'elles opèrent. Les pièces médicales sur lesquelles elles se fondent fournissent une image complète de l'anamnèse, de l'évolution et du status à la date déterminante de la décision contestée avec des résultats d'examens exhaustifs. Ces données sont du reste incontestées. Il faut donc considérer que les médecins de l'intimée étaient tout à fait en mesure de se faire, sur la base des documents à disposition, une image complète, sans devoir procéder eux-mêmes à un examen personnel du recourant (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b). Ces rapports médicaux apparaissent concluants et dépourvus de contradictions. Il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Bien qu'ils émanent de médecins employés par l'intimée, rien ne permet de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il convient par conséquent de leur attribuer une entière force probante (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4).

4.2.2 Il est vrai que le rapport de la chirurgienne produit à l'appui de la réponse de la SUVA va plus loin dans ses résultats que ceux du médecin d'arrondissement, également chirurgien.

La chirurgienne remet même en cause la vraisemblance prépondérante d'une quelconque influence de l'accident prétendu sur les maux et l'évolution de la pathologie du recourant. Elle admet tout au plus que la chute telle que décrite a pu causer des douleurs localisées dans la région de la contusion pour une durée d'au plus 6 semaines. Pour cela, elle se fonde essentiellement sur le rapport établi par les médecins urgentistes (voir ci-dessus c. 3.2.1) et en déduit que les douleurs, lombaires et dans les jambes, qui existaient déjà avant la chute (en témoignent les investigations déjà commencées avant le 18 juin 2013, dont l'IRM lombaire réalisée en mai 2013), n'ont en réalité pas changé du fait de l'accident, mais n'ont évolué que par la suite. Elle s'appuie aussi sur l'avis unanime de tous les médecins impliqués qui constatent tous la présence d'une prédisposition dégénérative cervicale et qui estiment également tous que cette atteinte malade est la cause des douleurs dont souffre le recourant. En la suivant dans son raisonnement qui va jusqu'à nier la vraisemblance prépondérante

d'une causalité accidentelle, on aboutirait sur le plan juridique au résultat que l'intimée peut mettre fin à ses prestations, pour l'avenir, sans même devoir établir la restitution d'un statu quo sine (voir ci-dessus c. 2.3).

Le médecin d'arrondissement quant à lui, de même que le chirurgien traitant, n'exclut pas absolument l'éventualité d'un déclenchement de la hernie discale, en présence d'une atteinte dégénérative préexistante, du fait de l'accident. Il se fonde cependant sur la jurisprudence relative à ce genre d'événements pour fixer la date du statu quo sine au plus tard à un an après l'accident (voir ci-dessus c. 2.4). La chirurgienne de la SUVA semble aussi admettre que la chute ait pu avoir une influence très passagère sur l'état du recourant.

En l'espèce, il n'est toutefois pas nécessaire de trancher entre les argumentations quelque peu différentes des deux médecins de la SUVA, puisque cette dernière s'en est tenue à un arrêt des prestations au 18 juin 2014. Même dans l'hypothèse où l'on devrait admettre que la chute du recourant de sa chaise a contribué à aggraver momentanément la myélopathie cervicale (malgré l'absence d'indice de lésion dans ce sens, de plainte cervicale et d'incapacité de travail immédiatement après l'événement) – et n'a pas tout au plus causé des douleurs localisées autour de la contusion – la cessation de l'influence des causes partielles accidentelles est établie avec une vraisemblance prépondérante, vu que les délais maximaux de prise en charge avant la restitution d'un statu quo sine, résultant de la jurisprudence, sont respectés. Cette jurisprudence repose sur l'état actuel des connaissances médicales, qui fixent la fin d'une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale, même lorsque la hernie discale est déclenchée par l'accident, mais qu'elle résulte d'atteintes dégénératives et n'a pas été directement causée par l'événement précité au plus tard une année après l'accident (voir ci-dessus c. 2.4).

4.2.3 Les autres arguments du recourant ne peuvent pas non plus être retenus.

Tout d'abord, il se trompe lorsqu'il estime que l'IRM du 6 mai 2013 (voir ci-dessus c. 3.2.2) établit qu'il ne souffrait pas, à quelques semaines de

l'accident, de myélopathie sur hernie discale. En effet, cette IRM ne concernait que la partie lombaire de la colonne vertébrale (RMI LWS [Lendenwirbelsäule] en allemand). Elle ne pouvait donc pas mettre en évidence la pathologie cervicale découverte avec les IRM cervicale (RMI HWS [Halswirbelsäule]) et thoracique (RMI BWS [Brustwirbelsäule]) du 29 octobre 2013. Le simple fait qu'une IRM ait été réalisée avant l'accident établit en revanche que le recourant souffrait déjà de troubles sérieux à cette époque, même si, contrairement à ce que son médecin avait envisagé à l'origine, les douleurs ne provenaient pas de la partie lombaire mais cervicale de la colonne vertébrale.

S'agissant des limitations de mouvement qui seraient apparues suite à l'accident, on doit constater que le recourant n'a fait part que d'un sentiment d'aggravation des maux lombaires et aux jambes, surtout à gauche, aux médecins urgentistes. Une incapacité de travail n'a été attestée qu'à partir du 1^{er} septembre 2013. A ce sujet, il faut confirmer l'argument maintes fois répété par l'intimée selon lequel, sur le plan juridique, un raisonnement fondé sur l'adage "post hoc, ergo propter hoc" ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales et ne saurait être admis comme moyen de preuve (ATF 119 V 335 c. 2b/bb; TF 8C_6/2009 du 21 décembre 2009 c. 3).

De plus, comme l'établit l'appréciation de la chirurgienne de la SUVA, il convient encore d'insister sur le fait que les conditions permettant exceptionnellement de retenir qu'une hernie discale est principalement due à un accident ne sont manifestement pas remplies (voir c. 2.4 ci-dessus et aussi TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 c. 3.3). En effet, même en admettant que le recourant est tombé lourdement de sa chaise sur le postérieur, sur le sol en béton (propos du recourant verbalisés dans le rapport du 28 janvier 2014), on ne peut pas considérer qu'il s'agit d'un événement d'une gravité particulière susceptible de blesser un disque intervertébral. Pour appuyer son argumentation, le recourant a indiqué que le rapport du chirurgien orthopédique traitant du 6 novembre 2014 mentionnait le fait que la chute de la chaise de travail avait provoqué un choc axial susceptible à son tour de provoquer une myélopathie sur hernie

discale. Cependant, le chirurgien orthopédique traitant mentionne également à plusieurs reprises que ce n'est qu'en présence d'un état dégénératif préexistant de la colonne cervicale chez le recourant que le choc axial était en mesure de déclencher une hernie discale. Le chirurgien traitant a donc voulu mettre en évidence que l'événement du 18 juin 2013 n'était qu'un facteur dans le déclenchement des douleurs ressenties par l'assuré en raison de l'état maladif préexistant et non la cause en tant que telle de la hernie discale diagnostiquée. Cette description correspond à ce qu'a retenu le médecin d'arrondissement - et l'intimée (voir ci-dessus c. 4.2.2). A noter de plus que l'hypothèse du chirurgien traitant, toujours dans son rapport du 6 novembre 2014, selon laquelle le recourant ne souffrait pas de douleurs aux jambes avant l'accident est démentie par les constatations des médecins urgentistes. Or, en droit des assurances sociales, s'applique la règle de preuve selon laquelle les déclarations dites de la "première heure" sont en général plus objectives et plus fiables que des explications données par la suite, qui peuvent être influencées consciemment ou non par des réflexions subséquentes inspirées par le droit des assurances ou d'une autre manière (ATF 121 V 45 c. 2a, 115 V 133 c. 8c; RAMA 2004 p. 418 c. 1.2).

5.

5.1 Ainsi, l'intimée a établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'événement du 18 juin 2013, dans l'hypothèse où il peut influencer sur les symptômes ressentis par le recourant - ce qui n'est pas véritablement établi (toujours au degré de la vraisemblance prépondérante) - constitue tout au plus un facteur révélateur de l'atteinte à la santé d'origine malade du recourant. A juste titre par conséquent, l'intimée en déduit que cet événement n'est plus du tout en relation de causalité naturelle avec la symptomatologie douloureuse persistante évoquée par l'intéressé, à tout le moins dès le 19 juin 2014. Le statu quo sine a en tout cas été atteint à cette date. C'est donc à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations (qu'elle a versées sans réduction jusqu'au 18 juin 2014, conformément à l'art. 36 al. 1 LAA) avec effet dès le 19 juin 2014. Le fait qu'elle ait pris en charge l'opération découlant du

syndrome douloureux en rapport avec l'accident n'y change rien (voir c. 2.2 et 2.4 ci-dessus).

5.2 A noter que l'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335 c. 4c). De plus, en présence de troubles organiques objectivement établis, la causalité adéquate se recouvre en grande partie avec la causalité naturelle et n'a pratiquement pas de signification propre (ATF 140 V 356 c. 3.2).

6.

6.1 Au vu de ce qui précède, le recours interjeté contre la décision sur opposition du 25 juillet 2014 doit être rejeté.

6.2 En vertu de l'art. 61 let. a LPGA, il n'est pas perçu de frais pour la procédure de recours.

Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée; l'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143).

6.3 Le recourant a toutefois déposé une demande d'assistance judiciaire à la suite de son recours du 23 août 2014, requérant la désignation de son mandataire en tant qu'avocat d'office.

6.3.1 Sur requête, l'autorité de justice administrative dispense du paiement des frais de procédure et de l'obligation éventuelle de fournir des avances ou des sûretés la partie qui ne dispose pas de ressources suffisantes et dont la cause ne paraît pas dépourvue de toute chance de succès. Aux mêmes conditions, une avocate ou un avocat peut en outre être désigné à une partie si les circonstances de fait et de droit le justifient (art. 61 let. f LPGA et art. 111 al. 1 et 2 LPJA; SVR 2011 IV n° 22 c. 2, 2011 UV n° 6 c. 6.1).

6.3.2 En l'espèce, la condition financière est remplie, le recourant bénéficiant de l'assistance des services sociaux (voir attestation des services sociaux du 24 juillet 2014, dos. recourant [rec.] 1; ATF 128 I 225 c. 2.5.1, 127 I 202 c. 3b). En outre, les chances de succès du recourant ne pouvaient être d'emblée niées, notamment au vu de la prise en charge initiale et les particularités des atteintes vertébrales (ATF 129 I 129 c. 2.3.1, 122 I 267 c. 2b et les références citées). Vu la complexité de la matière juridique et médicale, on ne peut nier par ailleurs le caractère justifié d'un mandataire professionnel devant le TA (ATF 103 V 46 c. 1b). En l'espèce, la requête peut dès lors être admise. Le recourant doit être mis au bénéfice de l'assistance judiciaire et l'avocat représentant le recourant est désigné en tant que mandataire d'office.

6.3.3 La note d'honoraires du 10 avril 2015 correspond à une activité objectivement justifiée devant la présente instance. Les honoraires sont donc taxés à Fr. 1'875.-. A ces honoraires s'ajoutent des débours par Fr. 25.-. Eu égard à la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF; ATF 132 I 201 c. 8.7), la caisse du Tribunal versera la somme de Fr. 1'647.- au titre du mandat d'office (honoraires Fr. 1'500.- [soit 7h30 à Fr. 200.-], débours Fr. 25.- et TVA Fr. 122.-; voir aussi les art. 41 et 42 de la loi cantonale du 28 mars 2006 sur les avocats et les avocates [LA, RSB 168.11], l'art. 13 de l'ordonnance cantonale du 17 mai 2006 sur le tarif applicable au remboursement des dépens [ORD, RSB 168.811] et l'ordonnance du 20 octobre 2010 sur la rémunération des avocats et avocates commis d'office [ORA, RSB 168.711]).

6.3.4 Le recourant doit en outre être rendu attentif à son obligation de remboursement (envers le canton et son avocat) s'il devait disposer, dans les dix ans dès l'entrée en force du présent jugement, de suffisamment de revenu ou de fortune (art. 123 du code de procédure civile suisse du 19 décembre 2008 [CPC, RS 272]).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. La requête d'assistance judiciaire est admise et Me B._____ est désigné comme mandataire d'office.
3. Il n'est pas perçu de frais de procédure.
4. Il n'est pas alloué de dépens.
5. Les honoraires de Me B._____ sont taxés à Fr. 1'875.-, auxquels s'ajoutent les débours par Fr. 25.-; la caisse du Tribunal lui versera la somme de Fr. 1'647.- (Fr. 1'500.- d'honoraires, Fr. 25.- de débours et Fr. 122.- de TVA) au titre de son activité de mandataire d'office. L'obligation de restituer prévue par l'art. 123 CPC est réservée.
6. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire du recourant,
 - à l'intimée,
 - à [...],
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).