

200.2016.546.LAA

BEP/BEJ

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

**Jugement du 30 octobre 2017**

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente  
M. Moeckli et C. Tissot, juges  
Ph. Berberat, greffier



**A.** \_\_\_\_\_  
recourant

contre

**Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents**  
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 Lucerne  
représentée par Me B. \_\_\_\_\_  
intimée

relatif à une décision sur opposition rendue par cette dernière le 10 mai 2016

**En fait:**

**A.**

Par déclaration de sinistre du 24 juillet 2015, l'entreprise de constructions métalliques dans laquelle travaillait A.\_\_\_\_\_ en tant que monteur depuis le 1<sup>er</sup> mars 2015 a annoncé à la Suva que son employé était tombé dans les escaliers à son domicile le 21 juillet 2015 et qu'il subissait des blessures ("Prellung" dans les deux cas) au dos, à droite, et à la cheville droite. Les premiers soins ont été prodigués le 24 juillet 2015 dans le service des urgences d'un hôpital. La Suva a pris le cas en charge et alloué des prestations de soins et d'indemnités journalières à l'assuré. Les imageries par résonance magnétique (IRM) effectuées les 6 et 26 août 2015 ont révélé une atteinte de la colonne vertébrale lombaire comprenant deux hernies discales L4/L5 et L5/S1 et une sclérose des facettes articulaires à ce niveau, ainsi qu'une tendinose du tendon d'Achille au pied droit. L'évolution ultérieure s'est avérée insatisfaisante et l'assuré n'a plus repris son travail, ni exercé d'autre activité lucrative depuis l'accident. Le 28 janvier 2016, l'assuré a par ailleurs déposé auprès de l'Office AI Berne une demande de prestations pour adultes de l'assurance-invalidité (AI).

**B.**

Par décision du 23 mars 2016, se fondant sur des rapports de son médecin d'arrondissement des 30 novembre 2015, 21 janvier et 12 février 2016, la Suva a averti l'assuré qu'elle mettait fin aux prestations d'assurance concernant les troubles du dos avec effet au 12 février 2016, considérant que les troubles en question qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident, mais exclusivement de nature malade, et que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (statu quo sine) pouvait être considéré comme atteint le 12 février 2016 au plus tard. La Suva précisait encore qu'en ce qui concernait les troubles de la cheville droite, elle continuait à prendre en charge les frais de traitement et l'incapacité de travail en découlant (s'agissant des troubles de la cheville droite, voir JTA LAA/2017/5 du 31 octobre 2017).

Dans une décision sur opposition rendue le 10 mai 2016, après avoir encore reçu un bref rapport du 25 avril 2016 de sa clinique de réadaptation de C. \_\_\_\_\_, dans laquelle l'assuré a séjourné du 14 au 25 avril 2016, la Suva a rejeté l'opposition formée le 30 mars 2016 par l'assuré, représenté par un avocat, contre la décision précitée du 23 mars 2016, en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours.

#### **D.**

Le 8 juin 2016, l'assuré, toujours représenté par le même mandataire, a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre la décision sur opposition du 10 mai 2016 précitée. Sous suite des frais et dépens, il a conclu en substance à son annulation et, principalement, à la continuation du versement des prestations d'assurance relatives aux troubles du dos dont il est victime, subsidiairement, au renvoi du dossier de la cause à la Suva pour instruction médicale complémentaire. A titre superprovisionnel, il a aussi conclu à la restitution de l'effet suspensif à son recours. Par requête du même jour, le recourant a par ailleurs requis l'assistance judiciaire dans la procédure de recours de droit administratif devant le TA.

Dans son mémoire de réponse du 11 juillet 2016, l'intimée, représentée par un avocat, a conclu au rejet du recours et de la requête de restitution de l'effet suspensif.

#### **E.**

Par décision incidente du 14 juillet 2016, la juge instructrice a rejeté la requête d'assistance judiciaire, au motif que l'on devait admettre en l'occurrence, selon une appréciation anticipée de prime abord, que la cause paraissait dépourvue de chances de succès. Compte tenu de l'importance du critère des chances de succès dans la pesée d'intérêts à laquelle il faut procéder pour en juger, elle a également rejeté, à titre provisionnel, la requête de restitution de l'effet suspensif déposée par le recourant. Par

courrier du 2 août 2016, le mandataire du recourant a communiqué au Tribunal qu'il mettait fin à son mandat, que le recourant ne maintenait pas sa requête de restitution de l'effet suspensif, mais qu'il confirmait en revanche les conclusions de son recours, sous suite des frais et dépens.

Dans son ordonnance du 3 août 2016, la juge instructrice a donné acte au recourant de son courrier du 2 août 2016 et rayé la requête de restitution de l'effet suspensif du rôle du TA.

## **En droit:**

### **1.**

**1.1** La décision sur opposition du 10 mai 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de cessation des prestations concernant les troubles du dos du recourant avec effet au 12 février 2016, rendue par l'intimée le 23 mars 2016. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et la poursuite du droit aux prestations au-delà du 12 février 2016. Est en particulier litigieuse la question du lien de causalité naturelle entre l'accident survenu le 21 juillet 2015 et les troubles dorsaux dont souffre encore le recourant.

**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 au moment du dépôt du recours par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales [LPGA RS 830.1]; 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** 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]). 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). 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 une cause au sens de la causalité naturelle, 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 2016 UV n° 18 c. 2.1.1, 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 (ATF 138 V 218). 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** 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).

**2.4** 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 (ATF 125 V 351 c. 3a; SVR 2015 IV n° 28 c. 4.1).

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).

Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet

pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

Selon la jurisprudence, les expertises réalisées sur la seule base du dossier ne peuvent être remises en doute si les pièces au dossier fournissent une image complète de l'anamnèse, de l'évolution et du status actuel et si ces données sont incontestées. Les résultats des examens doivent être exhaustifs. L'expert doit être en mesure de se faire, sur la base des documents à disposition, une image complète et exhaustive (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b).

### **3.**

**3.1** L'intimée, en s'appuyant sur les rapports de son médecin d'arrondissement des 30 novembre 2015, 21 janvier et 12 février 2016, estime que l'accident du 21 juillet 2015 a aggravé de manière passagère l'état antérieur. Selon elle, les troubles dorsaux du recourant persistant au-delà du 12 février 2016 sont exclusivement de nature malade ou dégénérative et ne relèvent plus de la compétence de l'assurance-accidents, mais de celle de l'assurance-maladie.

Le recourant conteste cette appréciation médicale et allègue, en se basant sur différents rapports des médecins qui l'ont traité, qu'il n'avait jamais connu de douleurs dorsales ni dû suivre de traitement à cet égard avant l'accident, et que c'est depuis cet événement qu'il présente des lombalgies avec sciatalgies de la jambe droite irradiant jusque dans les mollets. Il conteste la valeur probante de l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'intimée - qui ne l'a examiné que pendant quelques minutes -, qui serait en contradiction avec les autres constats et rapports médicaux au dossier.

**3.2** D'emblée, il est permis de relever que le recourant, à juste titre, n'allègue pas que les conditions permettant exceptionnellement de retenir qu'une hernie discale est principalement due à un accident seraient remplies (voir c. 2.3 ci-dessus et TF 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 c. 3.3 et références citées). En effet, le déroulement de l'accident en question, consistant dans une chute dans les escaliers, ne peut être considéré comme d'une gravité particulière. Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas. Aucune lésion structurelle de type fracture, aucune commotion cérébrale ou perte de connaissance n'a été diagnostiquée ou invoquée. La déclaration d'accident du 24 juillet 2015 ne mentionne comme blessure que des contusions ("Prellung") et, au vu du dossier, ce n'est qu'à cette date que le recourant s'est rendu en consultation dans le service des urgences d'un hôpital, pour la première fois à la suite de l'accident, survenu trois jours plus tôt, le 21 juillet 2015 (dossier [dos.] Suva 8), si bien que l'on peut exclure que les lésions vertébrales lombaires en cause soient principalement dues à l'accident assuré. Dans ce contexte, la question d'une éventuelle rechute ne se pose pas (voir ci-dessus c. 2.4).

**3.3** Dans son premier rapport du 30 novembre 2015, le médecin d'arrondissement, spécialiste en chirurgie, a retenu un syndrome lomboradiculaire L5-S1 ainsi qu'une lésion partielle du tendon d'Achille à droite, documentés par IRM, de même qu'une atteinte lombaire basse dégénérative avec sclérose des facettes articulaires L4-L5 et L5-S1 et protrusion discale L4-L5 et L5-S1, la première avec un léger conflit disco-radicaire à droite et la deuxième sans conflit. Il constate chez le patient un discret syndrome vertébral de la charnière lombo-sacrée, la mobilité active étant à ce niveau conservée mais sur évocation de lombalgies, sans trouble neurologique. Sur le plan médico-asséculoologique, il relève que l'événement du 21 juillet 2015 n'a pas causé au niveau du rachis de lésion structurelle objectivable et à caractère durable, à lui imputable au degré de la probabilité, et qu'il s'agit donc de l'aggravation passagère d'un substrat dégénératif documenté. Au vu des éléments anamnestiques, cliniques et radiologiques, le praticien considère que le statu quo sine serait atteint au plus tard six mois après l'événement du 21 juillet 2015. Dans son deuxième rapport d'examen du 21 janvier 2016, le médecin d'arrondissement confirme ses constatations et son appréciation antérieures et déclare

attendre encore les résultats d'une IRM lombaire de contrôle prévue le 4 février 2016. L'appréciation médicale effectuée par le médecin d'arrondissement le 12 février 2016 après avoir reçu le résultat de l'IRM précitée corrobore ses deux rapports précédents. Il indique que cet examen documente une fois de plus l'atteinte dégénérative multi-étagée du rachis lombaire, avec spondylarthrose, arthrose facettaire et rétrécissement du canal spinal, ainsi que protrusions discales aux niveaux L1/L2, L3/L4 et surtout L5/S1, là en contact avec la racine S1 à droite. Dans le cas présent, en rappelant les éléments anamnestiques, cliniques et radiologiques, à la lumière aussi de l'IRM du 4 février 2016, le médecin d'arrondissement confirme que le statu quo sine est atteint, à plus de six mois après l'événement assuré du 21 juillet 2015.

**3.4** Le médecin d'arrondissement a pris en compte tous les aspects essentiels du dossier. Ses rapports précités des 30 novembre 2015, 21 janvier et 12 février 2016 reposent sur un exposé clair des faits et leurs conclusions sont étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse de ces rapports. De plus, le recourant n'allègue pas et aucun indice ne révèle que le dossier serait lacunaire et que celui-ci aurait empêché le médecin d'arrondissement de se faire une image complète du cas.

Certes, comme l'invoque le recourant, le chirurgien orthopédiste de D.\_\_\_\_\_ qui le traite a diagnostiqué un syndrome douloureux lombosacral et lomboradiculaire post-traumatique persistant à droite avec hernie discale intraforaminale L5/S1. Ce chirurgien indique dans son rapport le plus récent au dossier du 18 mars 2016 qu'avant son accident de fin juillet 2015, son patient n'avait jamais été en traitement médical pour des troubles dorsaux et exerçait alors une activité professionnelle très astreignante sans jamais avoir ressenti de douleurs dorsales, et que, de ce fait, les douleurs actuelles étaient clairement en rapport avec l'événement traumatique en question. Cependant, à lui seul, cet avis laconique ne saurait remettre en question l'appréciation du médecin d'arrondissement de la Suva, qui est motivée en détail et conforme à la jurisprudence et à l'état actuel des connaissances médicales (voir c. 2.3 ci-dessus), lorsqu'il retient

que l'aggravation traumatique de l'état dégénératif préexistant doit être considérée comme terminée après plus de six mois. Le médecin d'arrondissement n'a en effet nullement contesté que les troubles lombaires du recourant aient bien été révélés par la chute subie le 21 juillet 2015. Néanmoins, contrairement à ce que semble penser le recourant, ni la poursuite d'un traitement, ni une incapacité de travail qui continue à être attestée ne constituent des critères susceptibles de donner une information déterminante sur un état correspondant ou non à un statu quo sine. De tels éléments, à eux seuls, ne sauraient donc remettre en question les conclusions du médecin de la Suva et rien au dossier ne justifie de critiquer le moment à partir duquel ce dernier a considéré que ledit état était atteint, cette durée restant dans le cadre fixé par la jurisprudence. En outre, il faut observer que s'agissant des avis du médecin traitant, le juge peut et doit tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3). Il n'en va pas seulement ainsi du médecin de famille praticien généraliste, mais également du spécialiste traitant (TF I 655/05 du 20 mars 2006 c. 5.4).

Quant aux autres avis médicaux figurant au dossier et cités par le recourant, leurs diagnostics sont identiques à ceux posés par le médecin d'arrondissement de la Suva et les constatations qui en émanent ne permettent pas de tirer de conclusions concernant la causalité entre l'accident du 21 juillet 2015 et la persistance des troubles lombaires dont souffre l'intéressé. Ni les rapports de la clinique de réadaptation de C. \_\_\_\_\_ des 25 avril et 13 mai 2016, ni ceux du cabinet de l'autre chirurgien orthopédiste consulté par le recourant pour son atteinte au pied droit (rapports des 26 août 2015, 26 novembre 2015 et 17 mars 2016), ni l'avis du spécialiste en orthopédie et médecine sportive ayant également examiné le patient (rapport du 9 décembre 2015) ne se prononcent expressément sur la question de la causalité entre les atteintes lombaires constatées et l'accident assuré, même s'ils mentionnent laconiquement l'apparition des douleurs à la suite de cette chute. Il en va de même des différents certificats et attestations établis par la généraliste traitante.

**3.5** Au vu de ce qui précède, il faut donc conclure que les trois rapports précités du médecin d'arrondissement satisfont aux exigences jurisprudentielles (voir c. 2.4 ci-dessus) et revêtent une valeur probante entière. En conséquence, la Suva était en droit d'admettre, en se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, que le statu quo sine était atteint le 12 février 2016 en ce qui concerne les troubles du dos dont souffre le recourant.

#### **4.**

Ainsi, l'intimée a établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident du 21 juillet 2015 ne constituait tout au plus qu'une cause révélatrice de l'atteinte dorsale lombaire d'origine malade dégénérative du recourant et que cet accident, à tout le moins dès le 12 février 2016, n'est plus la cause naturelle de la symptomatologie vertébrale lombaire persistante dont souffre le recourant, le statu quo sine étant en tout cas atteint à ce moment-là. C'est donc à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations avec effet au 12 février 2016 en ce qui concerne les troubles du dos de l'assuré.

#### **5.**

**5.1** Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

**5.2** Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

**5.3** Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée, bien qu'elle soit représentée par un avocat (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a; RAMA 1990 p. 195).

**Par ces motifs:**

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
  - au recourant,
  - au mandataire de l'intimée,
  - à l'Office fédéral de la santé publique,
  - à [...],
  - à [...].

La présidente:

Le greffier:

**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).