

200.2017.971.LAA

N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du 21 mars 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
G. Niederer, greffier

A. _____
représenté par Me B. _____
recourant

contre

Suva, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6004 Lucerne
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 6 octobre 2017



En fait:

A.

A. _____, né en 1978, divorcé et père de deux enfants mineurs, est arrivé en Suisse en 2010. Le 27 janvier 2014, dans le cadre de son emploi en qualité de chauffeur-livreur, il a chuté sur son flanc gauche en essayant de soulever un objet lourd et s'est blessé à la colonne vertébrale lombaire. Suite à cet incident, l'assuré a subi une période d'incapacité de travail entière, puis partielle (à 50%), avant de reprendre le travail à 100% à compter du 13 avril 2014.

B.

Par déclaration d'accident du 8 octobre 2015, le nouvel employeur de l'assuré a annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Suva), que ce dernier s'était blessé au dos le 16 septembre 2015 en déchargeant un paquet lourd qu'il devait livrer à un client. Une incapacité de travail à 100% a été médicalement attestée à compter de cette date. L'assuré n'a plus repris le travail, ni exercé une autre activité lucrative depuis lors. La Suva a demandé des précisions à l'assuré au sujet du déroulement de l'accident et rassemblé les avis des médecins consultés en raison de douleurs persistantes au dos. Après avoir, dans un premier temps, contesté la réalisation des conditions pour l'octroi de prestations, la Suva a repris l'instruction du cas et, en se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, nié le droit à des prestations à partir du 1^{er} janvier 2016, ce par décision du 30 août 2017. La Suva a également retiré l'effet suspensif à un éventuel moyen de droit contre cette décision.

C.

L'opposition formée le 28 septembre 2017 par l'assuré, représenté par un mandataire professionnel, a été rejetée dans une décision sur opposition de la Suva du 6 octobre 2017.

D.

Toujours représenté, l'assuré a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) par acte du 2 novembre 2017, en concluant à l'annulation de la décision sur opposition précitée de la Suva dans la mesure où elle refuse des prestations d'assurance au-delà du 31 décembre 2015, à l'octroi de prestations d'assurance sans limitation dans le temps à partir du 1^{er} janvier 2016 ainsi qu'au renvoi du dossier à l'intimée pour une nouvelle instruction de l'affaire par le biais d'une expertise médicale neutre, le tout sous suite de frais et dépens. Faisant droit à une requête en ce sens de l'intimée, le TA a ordonné la production, par le recourant, d'un rapport d'IRM du 24 novembre 2017, qui a par conséquent été versé en procédure par envoi du recourant du 8 février 2018. Dans son mémoire de réponse du 26 février 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours, produisant un nouveau rapport de son médecin d'arrondissement. Le recourant a quant à lui maintenu ses conclusions, ce qu'il a fait savoir dans un écrit du 2 mars 2018, dans lequel il a indiqué qu'il renonçait à répliquer. Le mandataire professionnel du recourant a encore produit sa note d'honoraires le 19 mars 2018.

En droit:

1.1 La décision sur opposition du 6 octobre 2017 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 1^{er} janvier 2016, rendue par l'intimée le 30 août 2017. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et la poursuite du droit aux prestations au-delà du 31 décembre 2015. Est particulièrement litigieuse la question du lien de causalité entre l'accident survenu le 16 septembre 2015 et les troubles dorsaux persistants du 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 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).

1.5 Le 1^{er} janvier 2017 sont entrées en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA, RS 832.20) et la modification du 9 novembre 2016 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA, RS 832.202). Pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015).

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 LAA). 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 2018 UV n° 3 c. 3.1, 2012 UV n° 2 c. 3.1). En présence de séquelles organiques d'un accident objectivement établies, 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; SVR 2018 UV n° 3 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 142 V 435 c. 1, 129 V 177 c. 3.1; TF 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 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).

2.3 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; TF 8C_781/2017 du 21 septembre 2018 c. 5.1). 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).

2.4 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 (SVR 2009 UV n° 1 c. 2.3.1 et 2.3.2).

2.5 Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves). Il en va de même lorsque l'état de fait qu'une partie entend prouver ne paraît pas juridiquement pertinent (ATF 122 V 157 c. 1d). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la

Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101; ATF 136 I 229 c. 5.3). Le droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 de la Convention européenne du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH, RS 0.101) n'offre pas de protection supplémentaire dans ce contexte (ATF 124 V 90 c. 4b).

3.

3.1 L'intimée, en s'appuyant notamment sur les rapports de son médecin d'arrondissement des 6 février, 8 et 23 août 2017, a souligné que l'accident du 16 septembre 2015 n'a pas conduit à des lésions structurelles liées à un traumatisme et détectables par imagerie médicale. Elle a expliqué que même si les données anamnestiques divergent, s'agissant du déroulement de l'accident, le recourant n'a pu être victime que d'une contusion ou d'une distorsion de la colonne vertébrale lombaire (voire des deux), alors que les segments de cette dernière présentaient déjà une altération dégénérative connue depuis le premier accident en 2014, aucune hernie discale n'ayant du reste été décelée. Par conséquent, en suivant l'avis de son médecin d'arrondissement, l'intimée a retenu que les atteintes consécutives à l'événement du 16 septembre 2015 n'ont pu avoir des effets traumatiques que pendant 8 à 10 semaines au maximum, si bien que l'arrêt des prestations à la fin de l'année 2015 est justifié. Dans sa réponse, l'intimée a encore précisé que les rapports du médecin d'arrondissement sont succincts mais néanmoins complets et vierges de toute contradiction, ajoutant qu'ils ne sont contredits par aucune pièce au dossier. Partant, l'intimée a considéré que la réalisation d'une expertise n'était pas justifiée.

3.2 Dans son recours du 2 novembre 2017, le recourant relève que la décision sur opposition attaquée repose uniquement sur l'avis du médecin d'arrondissement. Il soutient cependant que les conclusions de ce dernier sont insuffisamment motivées et justifiées, qu'elles ne sont pas concluantes ni vierges de contradictions. Le recourant ajoute qu'elles se heurtent aux trois avis médicaux différents émanant des médecins consultés et qu'elles ne sont pas documentées. Il rappelle en outre qu'il subit une incapacité de travail à 100% depuis l'accident, alors qu'il ne s'est jamais plaint

auparavant de problèmes de santé auprès de ses employeurs et qu'il a tout tenté pour réduire ses fréquentes douleurs, sans succès, ce qui l'a mené à une situation financière précaire et a provoqué chez lui une phase dépressive. Enfin, il critique que l'intimée n'a pas donné suite à ses requêtes tendant à la mise en œuvre d'une expertise neutre et indépendante. A cet égard, il insiste sur le fait que les avis médicaux divergents émanent de spécialistes expérimentés et que le médecin d'arrondissement de l'intimée a fondé son avis seulement sur des diagnostics écrits, non sur des observations concrètes. Il ajoute que le médecin d'arrondissement est, par sa position, lié à l'intimée, ce qui peut biaiser son analyse. Dans ces circonstances, le recourant prétend qu'une expertise doit être ordonnée, avis que partage d'ailleurs aussi son médecin traitant.

4.

En préambule, il sied de rappeler que 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). Ce n'est qu'en cas de demande de restitution de prestations que les conditions d'une révocation doivent être observées (ATF 130 V 380 c. 2.3.1). En l'espèce, l'intimée a refusé la prise en charge du cas pendant toute la durée de l'instruction, à tout le moins jusqu'à la décision du 30 août 2017 (voir notamment dossier [dos.] Suva 18 et 113). Bien que le terme de l'octroi limité dans le temps des prestations fixé par cette décision prenne effet (rétroactivement) dès début 2016, il n'entraîne pas de demande de restitution. La situation d'espèce s'assimile donc à un arrêt de prestations *ex nunc* et *pro futuro*. De plus, la fin du droit aux prestations étant précisément motivée par l'absence de lien de causalité, le fait de savoir si l'atteinte à la santé était stabilisée au moment où la décision sur opposition entreprise a été rendue ne joue ici aucun rôle (voir c. 2.1 et art. 19 LAA).

5.

Sur le fond, se pose la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a retenu que le lien de causalité entre les atteintes au dos et l'accident du 16 septembre 2015 avait disparu à compter du 1^{er} janvier 2016. A cet égard, il y a d'abord lieu de souligner que dans le présent cas, même si elle a sans cesse repoussé la prise en charge en ordonnant des investigations supplémentaires, l'intimée a admis devoir prendre en charge les suites immédiates de l'accident litigieux. Par conséquent, c'est à l'intimée qu'il incombe, cas échéant, de supporter l'absence de preuve de la disparition du lien de causalité (voir c. 2.3).

6.

En l'espèce, les éléments principaux suivants ressortent du dossier.

6.1 Après l'événement du 27 janvier 2014, un chirurgien orthopédique d'un centre du dos a expliqué, dans un écrit du 11 mars 2014, que le recourant était tombé sur la colonne vertébrale lombaire distale, principalement sur le flanc gauche, en essayant de soulever un objet lourd. Il avait ensuite souffert de douleurs sur le flanc thoraco-lombaire gauche ainsi que d'une importante contraction (rigidité) de l'un des côtés de la colonne cervicale. D'après ce spécialiste, sur la base aussi d'une radiographie effectuée le 27 janvier 2014 révélant une hypolordose marquée, l'état du recourant ne présentait toutefois aucune problématique particulière et aucune chirurgie, ni aucune mesure invasive n'étaient indiquées. Dans un rapport du 24 mars 2014, le chirurgien a retenu le diagnostic d'un syndrome douloureux musculaire post-traumatique à la colonne vertébrale lombaire et thoracique. Il n'a pas constaté de troubles neurologiques sensitivomoteurs et a attesté d'une bonne mobilité de la colonne vertébrale. Selon lui, le recourant subissait un problème douloureux purement musculaire.

6.2 S'agissant de l'accident du 16 septembre 2015, après le dépôt de la déclaration de sinistre de son employeur, le recourant a été invité à remplir un questionnaire (dos. Suva 10). Dans celui-ci, il a indiqué qu'au moment

de prendre un paquet lourd, il avait tout de suite ressenti une douleur, au point de ne plus pouvoir marcher. Il a aussi précisé qu'avant de décharger, son pied avait "glissé dans la camionnette". Le recourant a ajouté qu'il s'était rendu aux urgences le jour-même. Le médecin du cabinet d'urgences avait alors attesté une incapacité de travail à 100%, limitée toutefois jusqu'au 20 septembre 2015 (dos. Suva 6/2). Le spécialiste en dermatologie consulté par le recourant le soir du jour de l'accident a retenu un diagnostic de contracture musculaire et lumbago et a confirmé l'incapacité de travail jusqu'au 20 septembre 2015 (dos. Suva 13/1). Le 25 septembre 2015, le médecin traitant du recourant a confirmé l'incapacité de travail de ce dernier à 100%, ce depuis le 21 septembre 2015 et tout d'abord pour une durée de une à deux semaines (dos. Suva 6/3 et 6/4), puis d'environ un mois (dos. Suva 6/5). Il a ensuite prolongé successivement la durée de l'incapacité de travail médicalement attestée.

6.3 En raison de cet accident, une IRM de la colonne vertébrale lombaire a été réalisée auprès d'un institut radiologique. D'après le rapport de celui-ci du 29 septembre 2015, l'examen a été demandé en présence d'un status après une chute avec un traumatisme de charge. Selon les médecins de cet institut, l'IRM n'a pas révélé de signe de fracture d'une vertèbre mais une protrusion discale L4/5 et une sténose des deux côtés, la racine L5 pouvant par ailleurs être compressée des deux côtés.

6.4 Le 7 octobre 2015, le chirurgien orthopédique déjà consulté en 2014 a retenu le diagnostic d'un syndrome douloureux lombaire post-traumatique avec légère diffusion dans les deux côtés des fesses en raison d'une discopathie dégénérative débutante L4/L5. D'après ce document, le recourant a indiqué avoir levé un objet lourd pendant le travail et senti une forte douleur aiguë dans la zone lombaire, la douleur était restée forte et la mobilité réduite dans toutes les directions. Selon ce spécialiste, le recourant présentait un cas typique de discopathie dégénérative débutante, sans corollaire neurologique. Un traitement de cortisone et une infiltration ont été recommandés, de même qu'une physiothérapie. Selon un rapport du même médecin, daté du 13 octobre 2015, une infiltration a été réalisée le 8 octobre 2015. Le 16 novembre 2015, en confirmant son diagnostic, ce spécialiste a indiqué que cette infiltration n'avait pas produit d'amélioration

au niveau des douleurs, celles-ci demeurant présentes au repos et à l'effort. D'après lui, une chirurgie n'était pas indiquée, au contraire d'un traitement physio-thérapeutique. Un antidouleur a été prescrit et le recourant invité à s'annoncer après un an, en l'absence d'amélioration (voir aussi les rapports de ce spécialiste des 21 novembre et 15 décembre 2017).

6.5 Le médecin traitant le recourant s'est exprimé dans un écrit du 3 novembre 2015. Dans celui-ci, il a indiqué que le recourant avait subi un traumatisme par compression, qu'il avait procédé à une infiltration épidurale sans résultat et qu'une thérapie neurochirurgicale, de même qu'une thérapie aux opiacés avaient notamment été introduites (cette dernière est toutefois aussi demeurée sans effet bénéfique, voir dos. Suva 94/2). Le pronostic n'était cependant pas clair selon le médecin-traitant, mais une récupération complète était néanmoins attendue avec un processus de guérison très lent. Dans son rapport du 11 avril 2016, ce même médecin a retenu un traumatisme de compression ("Stauchungstrauma") de la colonne vertébrale lombaire et confirmé la lenteur du processus de guérison. Il a cependant ajouté qu'il ne parvenait pas clairement à apprécier l'importance des douleurs qui avaient conduit à l'incapacité de travail, recommandant que le recourant soit examiné sans attendre par le médecin-conseil de l'intimée. Il a réitéré son point de vue le 9 août 2016, en constatant que le recourant continuait d'utiliser des béquilles malgré les recommandations contraires d'une clinique universitaire, expliquant qu'au vu de son tableau clinique, le recourant devrait être en mesure de se mouvoir (voir dos. Suva 52).

6.6 D'après un nouveau rapport de l'institut radiologique, du 18 avril 2016, le recourant a continué de se plaindre de douleurs irradiant au niveau dorsal et latéral de la cuisse droite. Une IRM a confirmé la présence de la protrusion discale L4/5 avec désormais une déchirure prononcée de l'anneau de cartilage fibreux. Aucune nouvelle hernie discale, ni sténose du canal spinal ou foraminale n'ont toutefois été observées.

6.7 Une clinique universitaire de neurochirurgie a également établi un rapport médical le 26 mai 2016. Dans celui-ci a été retenu le diagnostic d'une protrusion discale circonférentielle de la colonne vertébrale lombaire

L4/5 des deux côtés avec une déchirure prononcée de l'anneau de cartilage fibreux, une "Black Disc Lesion" ainsi qu'une mauvaise posture d'étirement de toute la colonne vertébrale lombaire, sans compression de racine nerveuse, ni rétrécissement du canal spinal. Il ressort de l'anamnèse de ce document que le recourant a glissé alors qu'il portait plusieurs paquets et qu'il a subi une lombosciatique à la suite d'un faux mouvement. Le recourant a déclaré souffrir depuis lors de fortes douleurs au dos si bien qu'au jour de l'examen, il n'était plus capable de se déplacer qu'à l'aide de béquilles. Il a aussi décrit ressentir occasionnellement des douleurs au niveau de la face dorsale de la cuisse droite. Au premier plan, il existait selon le rapport, un lumbago prononcé. Les médecins de cette clinique ont recommandé une physiothérapie intensive et des exercices dorsaux à domicile, l'usage de béquilles étant toutefois déconseillé (voir aussi dos. Suva 57). Le 9 novembre 2016, les médecins de la clinique universitaire ont cependant constaté que ni la physiothérapie, ni la thérapie analgésique n'avaient permis une atténuation des douleurs. Selon leur avis, les lésions n'étaient ainsi pas seules responsables des douleurs.

6.8 Dans son rapport du 6 février 2017, le médecin d'arrondissement de l'intimée, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a expliqué qu'au regard de la documentation et en tant que le recourant a déjà été traité auprès d'un chirurgien orthopédique après un accident similaire survenu en 2014, suite auquel ce dernier spécialiste avait notamment constaté une hypolordose prononcée de la colonne vertébrale lombaire, on pouvait considérer que l'accident du 16 septembre 2015 n'avait pas conduit à des lésions structurelles démontrables par imagerie et liées à un traumatisme au dos. D'après le médecin d'arrondissement, il pouvait ainsi être retenu avec un degré de vraisemblance prépondérante que les suites de l'accident ne jouaient plus de rôle dans le tableau clinique du recourant. Dans ses rapports des 17 et 23 août 2017, le médecin d'arrondissement a conclu que le recourant avait présenté une contusion ou une distorsion de la colonne vertébrale lombaire (voire les deux) en présence de graves modifications dégénératives des segments de la colonne vertébrale. Il a expliqué que d'après la littérature spécialisée, de telles contusions/distorsions guérissent dans les 8 à 10 semaines. Le 23 février 2018, ce médecin a encore confirmé son

appréciation. Il a précisé qu'en comparant les rapports des 11 mars 2014 (voir c. 6.1) et 7 octobre 2015 (voir c. 6.4), on notait déjà des altérations dégénératives de la colonne vertébrale lombaire en 2014. Il a ajouté que si l'accident avait conduit à une blessure sensible de la colonne, le recourant aurait immédiatement senti des douleurs invalidantes qui auraient nécessité un transport en ambulance et une aide spécialisée, ce qui n'a pas été le cas. Selon lui, l'accident n'a en outre pas été de nature à causer une atteinte du disque, un disque sain étant résistant au point qu'un traumatisme violent conduit à une blessure de la structure osseuse avant que le disque ne soit atteint. Enfin, il a indiqué qu'une atteinte à un disque peut seulement arriver en appliquant une force axiale sur la colonne, mais pas une rotation, une hyper-extension ou une hyper-flexion.

7.

7.1

7.1.1 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 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

7.1.2 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 143 V 124 c. 2.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

7.1.3 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).

7.1.4 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).

7.2 En l'occurrence, avant d'établir ses rapports des 6 février, 8 et 23 août 2017, le médecin d'arrondissement de l'intimée a demandé à plusieurs reprises que le dossier soit complété sur le plan médical (en particulier concernant l'état de santé avant l'accident et en raison de nouvelles consultations) mais aussi s'agissant du déroulement de ce dernier (voir dos. Suva 39, 41 et 67), celui-ci ne ressortant pas clairement de la déclaration d'accident de l'employeur, de même que du questionnaire rempli par le recourant et de l'anamnèse des rapports médicaux des médecins consultés (qui parlent tantôt d'un traumatisme de charge ou "Verhebetauma", d'une chute avec traumatisme de levage ou "Sturz mit Hebetruma", ainsi que d'un mouvement inopiné après une chute ou "ungünstige Bewegung"; dos. Suva 13, 16, 74, 53 et 92). De plus, les rapports du médecin d'arrondissement énumèrent l'ensemble des éléments déterminants figurant au dossier. Par conséquent, force est de reconnaître

que ces rapports reposent sur un exposé clair et approfondi des faits. De surcroît, le diagnostic en lien avec l'événement annoncé comme accident retenu par le médecin d'arrondissement (contusion et/ou distorsion de la colonne vertébrale lombaire) et ses conclusions ne s'opposent pas aux constatations des autres spécialistes consultés. En effet, il ne ressort d'aucun des rapports produits par ces derniers que les atteintes rachidiennes mises en évidence par les examens médicaux et dont souffre le recourant se trouvent dans un lien de causalité avec l'accident litigieux. Au contraire, le chirurgien orthopédique qui a suivi le recourant depuis l'incident de 2014 a sans équivoque et d'emblée expliqué que les douleurs rapportées par son patient étaient liées à un phénomène dégénératif, ajoutant même qu'il s'agissait d'un cas typique (voir c. 6.4). Le fait que ce spécialiste a parlé, dans son rapport, d'un syndrome "post-traumatique" ne permet en particulier aucunement d'en déduire un lien de causalité, ce terme signifiant uniquement que le recourant s'est présenté en consultation à la suite d'un événement considéré subjectivement comme étant causal. De même, l'existence d'un lien de causalité apparaît d'autant moins probable que le médecin traitant le recourant a signifié son étonnement, notamment après une consultation ayant eu lieu fin mars 2016, quant à l'importance des douleurs persistantes, de même que s'agissant de l'usage de béquilles par le recourant (problème également mis en exergue par la physiothérapeute de celui-ci; voir c. 6.5) et qu'il a recommandé la mise en œuvre à brève échéance d'un examen par un médecin de confiance de l'intimée (voir dos. Suva 36 et 52). Enfin, il y a aussi lieu de souligner que les rapports médicaux de la clinique universitaire de neurochirurgie, mentionnent un traumatisme de charge mais ne font pas état de diagnostics ayant révélé des altérations traumatiques et qu'il n'en ressort pas non plus du reste que la douleur exprimée est à mettre en lien avec les lésions (dégénératives) constatées. Au contraire, il ressort plutôt du rapport du 9 novembre 2016 que les médecins de la clinique ont éprouvé des doutes quant à l'origine de la symptomatologie douloureuse (dos. Suva 53, 57 et 92). Dès lors, au vu de l'ensemble de ces éléments, on ne saurait retenir que l'on est en présence de plusieurs avis médicaux qui divergent, comme le soutient le recourant (voir art. 2 du recours). Bien plus, il sied de suivre l'intimée lorsqu'elle mentionne dans sa réponse que l'appréciation de son médecin d'arrondissement n'est contredite par aucune pièce

médicale (voir ch. 5.3 de la réponse). En outre, les conclusions de ce spécialiste, ainsi qu'elles ressortent de ses rapports des 6 février, 8 et 23 août 2017, bien que brèves, sont néanmoins 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. Cela est d'autant plus juste que le médecin d'arrondissement de l'intimée a confirmé son appréciation dans son rapport circonstancié du 22 février 2018 (produit à l'appui de la réponse) et que les précisions qui y sont apportées ne s'écartent en aucune mesure de ses précédents écrits. Finalement, dans ces circonstances et contrairement à l'avis du recourant (voir art. 3 du recours), le caractère probant des rapports du médecin d'arrondissement ne saurait être remis en question du fait que celui-ci s'est prononcé sur la seule base du dossier et en raison des liens qui le lient contractuellement à l'intimée (voir c. 7.3). En effet, le dossier restitue une image complète du cas d'espèce et aucune circonstance ne laisse apparaître le moindre doute quant à l'impartialité de ce spécialiste. Partant, au vu de l'ensemble de ce qui précède, il faut admettre que les rapports du médecin d'arrondissement satisfont aux exigences jurisprudentielles et qu'ils revêtent une valeur probante entière.

8.

8.1 En conclusion, l'intimée était en droit d'admettre, en se basant sur l'avis de son médecin d'arrondissement (qui n'est contredit par aucun des autres spécialistes consultés) que, dans la mesure où l'événement du 16 septembre 2015 pouvait être qualifié d'accident, il avait tout au plus joué un rôle de courte durée (8 à 10 semaines) dans la symptomatique persistante ressentie par le recourant. Le seul 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" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2016 UV n° 24 c. 7.2). C'est donc à juste titre que l'intimée a constaté qu'avec une vraisemblance prépondérante, les maux du recourant ne se trouvaient plus en lien de causalité (naturelle; ATF 140 V 356 c. 3.2; SVR 2018 UV n° 3 c. 3.1) avec l'accident du 16 septembre

2015, à tout le moins depuis le 1^{er} janvier 2016. Vu ce résultat et à mesure également qu'il n'appartient pas à l'intimée d'expliquer la nature des douleurs dont souffrait encore le recourant au-delà du 31 décembre 2015, la mise en œuvre d'une expertise n'est pas justifiée (voir c. 2.6). La requête formulée en ce sens par le recourant est par conséquent rejetée.

8.2 A toutes fins utiles, s'agissant des problèmes psychosociaux et des troubles dépressifs invoqués dans le recours, on peut d'emblée exclure toute causalité adéquate entre l'événement du 16 septembre 2015 et ces éventuels troubles psychiques. Au sens de la jurisprudence publiée à l'ATF 115 V 133, il est évident en l'espèce que l'événement traumatique, même si un pied a glissé et qu'une chute a pu se produire, revêt une nature insignifiante et n'a pas pu jouer en soi un rôle déterminant dans l'apparition d'une incapacité de gain d'origine psychique (voir aussi ATF 140 V 356 c. 5).

9.

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

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

9.2 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée (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 mandataire du recourant,
 - à l'intimée,
 - à sansan Versicherungen SA, case postale, 3048 Worblaufen,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification 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).