

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1480/2017

ATAS/1126/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 décembre 2017

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à NEYDENS, France

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1982, exerce la profession de steward pour B_____ SA (ci-après : l'employeur) depuis le 3 mars 2014 et est assuré à ce titre auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA) selon la LAA.
2. Le 14 octobre 2015, l'assuré a chuté dans les escaliers d'un parking entraînant une incapacité de travail totale du 16 au 21 octobre 2015.
3. Le 23 octobre 2015, l'employeur a annoncé le cas à la SUVA, laquelle l'a pris en charge ; il a mentionné une torsion / foulure du pied droit.
4. Le 7 août 2016, l'assuré a subi une forte secousse alors qu'il se trouvait sur un manège aux fêtes de Genève, entraînant des douleurs sur la partie droite du corps.
5. Une IRM cérébro-dorsale du 3 novembre 2016 a conclu à une hernie discale foraminale droite à l'étage C4-C5 et débords discaux plus modérés postéro-latéraux droits en T7-T8 et T8-T9 sans autre anomalie.
6. Une IRM cervicale du 14 novembre 2016 a conclu à une IRM cérébro-méningée normale et à l'absence d'anomalie vasculaire intracrânienne.
7. Le 16 novembre 2016, l'employeur a annoncé à la SUVA une rechute le 7 août 2016 de l'accident du 14 octobre 2015.
8. Le 7 décembre 2016, le docteur C_____, spécialiste en médecine générale à Allonzier la Caille (France) a attesté d'un arrêt de travail de l'assuré de onze jours dès le 7 décembre 2016. Le 29 décembre 2016, le docteur D_____, spécialiste en médecine générale à Allonzier la Caille, a attesté d'un arrêt de travail total de l'assuré du 31 décembre 2016 au 15 janvier 2017.
9. Le 19 décembre 2016, l'assuré a rempli un questionnaire de la SUVA précisant qu'il avait subi, le 7 août 2016, une rechute de l'accident de 2015, lui occasionnant comme un coup du lapin (deux, trois coups sévères dans les cervicales), alors qu'il se trouvait dans un manège aux fêtes de Genève ; ces douleurs avaient été ressenties pour la première fois lors de sa chute dans les escaliers avec douleur dans le côté droit du corps et coup dans les cervicales ; il était apte au travail dès le 1^{er} janvier 2017 ; il attendait une réponse du neurochirurgien.
10. Le 23 décembre 2016, le docteur E_____, neurologue FMH, a rédigé un rapport suite à la consultation de l'assuré du 23 décembre 2016 pour un bilan de douleurs cervicales droites et céphalées postérieures irradiant parfois en casque ; il a posé des diagnostics de céphalées de tension, d'hernie discale C4-C5 foraminale droit, sans signe de dénervation à l'EMG, ni même radiculalgie précise. Depuis l'accident d'octobre 2015, l'assuré se plaignait à chaque fois qu'il effectuait un effort, de douleurs paracervicales droites, irradiant rostralement sur l'occiput et la face postérieure du crâne, et se développant en casque. Il décrivait régulièrement des fourmillements diffus de la main droite, survenant par période, sans aucune perte de

sensibilité ni de force dans le membre supérieur. Cette symptomatologie de céphalées était surtout présente depuis août 2016, où il effectuait un manège relativement violent aux fêtes de Genève, et avait ressenti un torticolis important avec vertiges et nausées. L'assuré décrivait depuis lors des céphalées postérieures droites, parfois bilatérales à type de pincement ou en lancées, en casque, avec sensation de tension musculaire postérieure importante, ainsi que des nausées, pouvant irradier vers la nuque ou parfois l'épaule droite. L'effort, de manière générale, aggravait la symptomatologie. Un traitement anti-inflammatoire avait été essayé, mais très rapidement arrêté en raison d'un ulcère sévère. L'assuré était actuellement sous Prazépam, qui le détendait légèrement, mais ne semblait pas particulièrement l'aider. Les examens du 22 décembre 2016 de neurologie sensitive et motrice et d'électroneuromyographie étaient normaux ; il existait une hernie foraminale droite C4-C5 en milieu cervical, sans signe de radiculopathie, non déficitaire et sans signe de dénervation, sans irradiation chirurgicale ou infiltrative. Les douleurs étaient à son avis secondaires à un phénomène tensionnel, qu'il convenait de traiter par physiothérapie, voire ostéopathie et acupuncture.

11. Le 10 janvier 2017, le Dr C_____ a certifié un arrêt de travail de l'assuré jusqu'au 27 janvier 2017.
12. Le 19 janvier 2017, le docteur D_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatique, médecin d'arrondissement de la SUVA, a rendu une appréciation médicale selon laquelle la relation de causalité était pour le moins probable entre les troubles ayant nécessité une incapacité de travail dès le 7 décembre 2016 et l'accident du 7 août 2016. Il s'agissait d'un nouvel évènement. On notait que le cas initial du 14 octobre 2015 n'avait entraîné qu'une très brève incapacité de travail et n'avait pas nécessité de bilan complémentaire, contrairement au cas survenu le 7 août 2016.
13. Le 23 janvier 2017, la SUVA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge les suites de l'accident du 7 août 2016.
14. Le 26 janvier 2017, le Dr C_____ a certifié une reprise de travail thérapeutique à 50% du 28 janvier au 28 février 2017.
15. Le 26 janvier 2017, la SUVA a informé l'assuré que l'évaluation du cas l'avait contrainte à réexaminer sa responsabilité de sorte qu'elle suspendait ses prestations.
16. Le 27 janvier 2017, le Dr C_____ a certifié un arrêt de travail du 27 janvier au 4 février 2017 et une reprise à 100% le 5 février 2017.
17. Selon une note téléphonique de la SUVA, l'assuré avait déclaré qu'il devait reprendre son travail à mi-temps le 28 janvier 2017.
18. Le 3 février 2017, l'assuré a informé la SUVA qu'il reprenait son activité à 100% dès le 5 février 2017.
19. Le 5 février 2017, l'assuré a écrit à la SUVA, en contestant la suspension des prestations ; à la suite de son accident du 14 octobre 2015, il avait ressenti

d'importantes douleurs, d'abord au genou droit, puis des céphalées et des douleurs cervicales persistantes, réactivées fortement le 7 août 2016 lors d'un tour de manège, avec des nausées, vertiges et douleurs violentes à la tête. Le Dr E_____ lui avait dit que la hernie C4-C5 avait été causée par un choc violent, vraisemblablement le 14 octobre 2015 et aggravée par le tour en manège.

20. Le 9 février 2017, un employé de la SUVA s'est entretenu avec l'assuré, lequel a déclaré que son état de santé allait mieux et qu'il avait repris le travail le 5 février 2017.
21. Par courriel du 10 février 2017, la SUVA a informé l'assuré qu'elle revenait sur son avis de prise en charge du 23 janvier 2017, car un tour en manège n'était pas un accident.
22. Le 13 février 2017, l'assuré a écrit à la SUVA en relevant que c'était la chute dans les escaliers et pas le tour de manège qui avait causé sa hernie discale ; la SUVA était priée de revoir sa position et de tenir compte de la rechute du 7 août 2016.
23. Le 14 février 2017, le Dr F_____ a rendu une appréciation médicale selon laquelle l'évènement initial du 14 octobre 2015, qui n'avait entraîné qu'une très brève incapacité de travail et n'avait pas nécessité de bilan complémentaire, avait déstabilisé de façon temporaire l'état pour le status au niveau du rachis cervical. Un nouvel évènement était survenu suite à des mouvements violents sur un manège le 7 août 2016 et l'assuré avait ressenti selon le Dr G_____, neurologue, un torticolis important avec vertiges et nausées. Le bilan avait alors mis en évidence une hernie discale cervicale non-déficitaire et ne nécessitant pas de traitement particulier. Six mois après la survenue de ce dernier évènement, on pouvait considérer qu'il avait maintenant cessé ses effets délétères. Un *statu quo sine* était fixé au 14 février 2017, jour de l'appréciation médicale, pour les troubles au niveau du rachis cervical.
24. Par décision du 16 février 2017, la SUVA a clôturé le cas au 20 février 2017 et mis fin aux prestations d'indemnités journalières et frais de traitement, les troubles de l'assuré n'étant plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 14 octobre 2015 ; dès le 21 février 2017, le traitement médical était à la charge de l'assurance-maladie.
25. Le 4 mars 2017, l'assuré a contesté la décision du 16 février 2017, en faisant valoir qu'il était toujours en soins pour la hernie discale (physiothérapie) et devait revoir le neurologue E_____ pour faire le point sur son état de santé fin mars 2017 ; il demandait la prise en charge du traitement, lequel était encore en cours et pouvait être variable, la hernie pouvant se rétracter ou s'intensifier.
26. Par décision du 14 mars 2017, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré au motif que le tour de manège n'était pas un accident, de sorte que c'était à tort qu'elle avait versé des prestations jusqu'au 20 février 2016 et que l'accident du 14 octobre 2015 n'avait pas causé la hernie, mais avait aggravé un état dégénératif antérieur ; or, une telle aggravation était généralement terminée après six à douze mois.

27. Le 21 avril 2017, l'assuré a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision sur opposition de la SUVA du 14 mars 2017 ; il fait valoir que le manège avait réveillé et amplifié les douleurs au niveau des cervicales et de la tête, survenues en raison de l'accident du 14 octobre 2015, au cours duquel il avait eu une sensation de coup du lapin très violente. La hernie discale était très importante et volumineuse et n'avait pu être causée, vu son jeune âge, que par un choc violent, ce d'autant qu'il ne souffrait pas d'état dégénératif des disques intervertébraux ; le bilan neurologique était sans particularité car le nerf avait été libéré quelques jours avant par son étiope, mais de façon précaire ; l'ensemble du corps médical s'accordait à dire que sans la chute, il ne souffrirait pas de la hernie discale. Il avait encore besoin de soins et une intervention était envisagée ; la SUVA, suite à une erreur de l'employeur, avait à tort enregistré un nouveau numéro de sinistre suite à l'évènement du 7 août 2016, alors qu'il s'agissait d'une rechute, et avait refusé de tenir compte de sa contestation à cet égard ; il n'était pas responsable de l'erreur commise par son employeur.
28. Le 23 juin 2017, la SUVA a conclu au rejet du recours, en relevant que l'évènement du 7 août 2016 n'était pas un accident et que celui du 14 octobre 2015 avait cessé de déployer ses effets, au plus tard le 20 février 2017.

L'assuré avait seulement déclaré avoir subi une torsion / foulure du genou droit et en février 2017, lors d'un entretien avec la SUVA, ne pas avoir eu de choc à la tête, mais uniquement des douleurs sur tout le côté droit et aux cervicales ; de façon contradictoire, il indiquait cependant dans son recours avoir eu une sensation de coup du lapin très violente lors de sa chute.

Il n'était pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles cervicaux postérieurs au 20 février 2017 soient en relation de causalité avec l'accident du 14 octobre 2015. En effet, la déclaration de sinistre LAA du 23 octobre 2015 ne mentionnait qu'une torsion/foulure du genou droit. Ce n'était qu'à fin 2016 que le recourant avait exprimé avoir souffert de troubles cervicaux suite à l'accident de 2015. Par ailleurs, il était établi que les troubles litigieux étaient apparus après le tour en manège du 7 août 2016. En effet, le Dr F_____ était d'avis que les troubles ayant engendré une incapacité de travail dès le 7 décembre 2016 étaient en relation de causalité pour le moins probable avec l'évènement du 7 août 2016 et non avec l'accident initial du 14 octobre 2015. En considérant que cet accident avait déstabilisé de façon temporaire l'état pour le status au niveau du rachis cervical, il retenait implicitement que les troubles cervicaux, respectivement la hernie discale foraminale en C4-C5 dont souffrait le recourant, étaient d'origine malade. On ne pouvait raisonnablement admettre que les troubles cervicaux litigieux se présentaient en rapport de causalité avec l'accident d'octobre 2015. Aucun avis médical ne venait, au surplus, remettre en cause les appréciations du Dr F_____. En particulier, la Dresse G_____, neurologue et médecin traitant du recourant, ne retenait pas non plus que les

troubles du recourant devaient être mis en relation avec l'accident du 14 octobre 2015. Les seules déclarations de l'assuré faites au stade du recours et selon lesquelles la chute du 14 octobre 2015 aurait occasionné une sensation de coup du lapin très violente n'étaient pas propres à établir, avec un degré de vraisemblance suffisant, un lien de causalité entre l'accident et l'état pathologique du recourant. Ceci d'autant plus qu'au vu du temps écoulé entre l'accident et la survenance de l'affection, les exigences quant à la preuve du rapport de causalité naturelle ainsi que du degré de la vraisemblance prépondérante devaient être sévères. En présence d'une hernie discale asymptomatique telle que celle du recourant avant le 14 octobre 2015, selon la jurisprudence, l'aggravation post-traumatique cessait de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. Par conséquent, les troubles cervicaux en lien avec la hernie discale du recourant avaient largement cessé au 20 février 2017.

Les céphalées ne reposent sur aucun déficit organique objectivable et vu l'accident du 14 octobre 2015, qui devait être qualifié de peu de gravité, on ne pouvait retenir un lien de causalité adéquate entre les troubles et l'accident.

29. Le 27 juin 2017, l'assuré a répliqué en relevant qu'il allait se soumettre à une intervention chirurgicale en juillet 2017, vu la complication de sa hernie discale C4/C5 et séjournerait à Montauban, France.
30. Le 27 août 2017, l'assuré a observé que durant les mois qui avaient suivi l'accident du 14 octobre 2015, il avait ressenti de violentes douleurs à la tête, maux de tête, à la nuque, aux cervicales et au genou droit avec perte de force du bras droit, fourmillements dans les doigts et douleurs à l'épaule ; il avait été opéré le 17 juillet 2017 à la clinique d'Argonay par le Dr E_____ ; on ne pouvait donc dire, comme le faisait la SUVA, que six mois après le 7 juin 2016, les effets délétères de l'accident avaient cessé ; lors du choc du 14 octobre 2015, il avait ressenti un coup du lapin entraînant des douleurs jusqu'à son opération ; suite à la chute, il avait consulté aux urgences et son genou droit avait été soigné en priorité, mais il n'était pas responsable du fait qu'un bilan complet n'avait, à ce moment-là, pas été effectué. Il demandait la couverture des soins et les indemnités journalières suite à l'accident du 14 octobre 2015.
31. Le 29 septembre 2017, la SUVA a dupliqué en relevant que le recourant ne produisait aucun document à l'appui du fait qu'il avait, suite à son accident, consulté son médecin généraliste pour de violentes douleurs à la tête et à la nuque, manquant par-là à son devoir de collaboration ; il n'était donc pas établi que les troubles cervicaux postérieurs au 20 février 2017 soient en relation de causalité avec l'accident du 14 octobre 2015.
32. Le 20 novembre 2017, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle.

Le recourant a déclaré : « J'ai été opéré par le Dr E_____ à Argonay en juillet 2017 pour une hernie discale C4 – C5, il m'a posé une plaque et m'a mis trois mois

en arrêt de travail. J'ai donc repris le travail le 23 octobre 2017. Je garderai la plaque à vie. L'opération s'est bien déroulée et actuellement je n'ai plus ni douleurs ni limitations.

Suite à l'accident de 2015 j'ai soigné en priorité mon genou car il s'agissait d'une priorité pour pouvoir retravailler, j'ai toujours eu des douleurs sur le côté droit de la tête. J'ai fait plusieurs investigations médicales dont une consultation ORL. La situation ne s'améliorait pas et suite au tour de manège j'ai ressenti d'importants maux de tête et des vertiges, lesquels se sont également produits pendant mon travail. J'ai alors passé une IRM qui a montré une importante hernie cervicale. Mon intervention en France a été finalement pris en charge par ma Mutuel, en revanche j'ai subi une perte de salaire qui n'a pas entièrement été compensée par l'assureur perte de gain maladie car celui-ci a couvert le 80 % de mon salaire de base de CHF 3'200.- alors que mon salaire global est d'environ CHF 4'200.-.

L'assurance indemnité journalière ne porte que sur le salaire de base.

Je demande à la SUVA la compensation de cette perte de gain.

Selon les informations du Dr E_____ ma hernie, très volumineuse, est très rare vu mon âge.

Le Dr C_____ a refusé de répondre aux demandes de renseignements de la SUVA en disant qu'il n'était pas rémunéré pour cela. Le Dr E_____ a refusé de me faire une attestation établissant que ma hernie cervicale a été provoquée par l'accident de 2015, en estimant qu'il ne me suivait pas à cette période et qu'il n'était donc pas en mesure d'établir ce fait. En revanche, il m'a affirmé par oral qu'il s'agissait d'une hypothèse probable, vu l'état de la hernie et de mon jeune âge.

J'ai du mal à comprendre la qualification de maladie de ma hernie cervicale car il n'y a pas de calcification visible, mes symptômes sont arrivés subitement et je n'avais jamais eu de problème avant. »

Le représentant de l'intimée a déclaré ; « La SUVA confirme sa position. Il n'y a pas d'élément nouveau suite aux déclarations du recourant. Du point de vue médical la hernie discale n'est pas d'origine accidentelle. Par ailleurs, j'indique que l'enregistrement de la rechute n'a pas préterité l'examen du dossier du recourant, les effets de l'accident de 2015 ayant été analysés. »

33. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée au-delà du 20 février 2017.
6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

7. a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre

médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

b. Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3).

La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, est remplacée par la présomption jurisprudentielle – qui se fonde sur la littérature médicale – selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de

longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002).

Le lien de causalité naturelle entre un accident et une hernie a notamment été nié dans les cas suivants : une chute dans un escalier n'est pas la cause d'une hernie discale, lorsque l'assuré souffrait déjà d'une discopathie avant l'accident et que celle-ci a été aggravée de 15% environ par la chute, dès lors que l'accident ne peut être qualifié d'événement sans lequel le dommage ne se serait pas produit (RAMA 1986 n° K 703 p. 473 et ss, consid. 2b) ; lorsque l'assuré souffrait depuis plusieurs années d'une modification dégénérative du tissu conjonctif de l'anneau extérieur du disque intervertébral et qu'il est pratiquement sûr que la hernie discale puisse être attribuée à ce dommage du disque intervertébral (RAMA 1990 n° K 849 p. 325).

8. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).
9. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

10. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

11. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

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

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut

trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances

sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

13. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
14. a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).
- b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).
- c. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé

entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).

d. 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 ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

15. En l'espèce, l'intimée considère que dès le 21 février 2017, les troubles du recourant ne sont plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 14 octobre 2015. Le recourant conteste ce point de vue en faisant valoir que l'accident du 14 octobre 2015 a provoqué une hernie cervicale nécessitant d'être opérée en juillet 2017 et justifiant trois mois d'incapacité de travail.

En l'occurrence, le Dr F_____, dans son avis du 14 février 2017, a estimé que l'accident du 14 octobre 2015 n'avait que déstabilisé de façon temporaire l'état du rachis cervical, tout comme l'évènement du 7 août 2016, de sorte qu'au jour de son appréciation, le *statu quo sine* avait été retrouvé. Cet avis n'est contesté par aucun autre avis médical. En particulier, le recourant a expliqué que le médecin qui l'avait opéré, le Dr E_____, avait considéré que la hernie cervicale avait pu être provoquée par l'accident du 14 octobre 2015 ; il ne s'agissait toutefois que d'une hypothèse et le Dr E_____ avait refusé d'établir une attestation médicale allant dans ce sens.

Par ailleurs, l'avis du Dr F_____ va dans le sens de la jurisprudence précitée, laquelle relève que selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales proviennent d'une atteinte dégénérative et qu'une cause accidentelle n'est probable que si l'accident est d'importance et qu'il a entraîné un syndrome vertébral ou radiculaire immédiat, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, le recourant ayant chuté dans des escaliers, sans perte de connaissance subséquente, accident ayant entraîné des douleurs dans l'hémicorps droit, ainsi qu'au genou du recourant, et une incapacité de travail de celui-ci limitée, soit du 16 au 21 octobre 2015.

On se trouve ainsi dans la situation d'une aggravation, en raison d'un accident, d'un état dégénératif préexistant asymptomatique. Or, dans ce cas, la jurisprudence

retient que cette aggravation est considérée comme terminée au plus tard un an après l'accident.

16. Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'avis du Dr F_____, probant, ne peut qu'être suivi, de sorte que la décision de l'intimé de mettre un terme à ses prestations au 20 février 2017 n'est pas contestable.

Partant, le recours ne peut qu'être rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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