



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3319/2018

ATAS/1175/2019

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 18 décembre 2019**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Lorène VIDA

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Maria Esther SPEDALIERO, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1968, a été employé comme nettoyeur par B\_\_\_\_\_ (ci-après l'employeur) et, à ce titre, assuré auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée) contre les accidents.
2. À teneur d'une déclaration de sinistre adressée par l'employeur de l'assuré à la SUVA le 12 mars 2018, celui-ci a fait une glissade sur la neige, le 6 mars 2018, et subi une contusion à la jambe gauche. Il a aussitôt interrompu son travail et les premiers soins ont été donnés par le docteur C\_\_\_\_\_, chirurgie orthopédique FMH.
3. Le 7 mars 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ a établi pour l'assuré un arrêt de travail à 100% du 7 au 12 mars 2018, qu'il a prolongé par la suite jusqu'au 25 mars suivant.
4. La doctoresse D\_\_\_\_\_, médecin radiologue FMH, a procédé à une radiographie du bassin et de la hanche gauche de profil et une échographie de la hanche gauche de l'assuré le 13 mars 2018. Selon son rapport du même jour, l'indication était un traumatisme, le 6 mars 2018, avec douleurs rétro-trochantériennes de la fesse gauche. Elle concluait à une coxarthrose bilatérale sur dysplasie de hanche et anomalies morphologiques prédisposant au conflit fémoro-acétabulaire. Il n'y avait pas de fracture de l'extrémité supérieure fémorale gauche ni d'anomalie évidente retenue en regard des douleurs sous et rétro-trochantériennes gauches (possible épaissement du tenseur du fascia latta sans autre anomalie), mais une enthésopathie micro calcifiante bilatérale des fessiers prédominant à gauche.
5. Le 16 mars 2018, la SUVA a accepté de prendre en charge les suites de l'accident de l'assuré du 6 mars 2018 et lui a versé une indemnité journalière dès le début de l'incapacité de travail, mais au plus tôt le 9 mars 2018.
6. Le 23 mars 2018, la doctoresse E\_\_\_\_\_, du service de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève, a établi un arrêt de travail à 100% pour accident le 23 mars 2018, avec une date de reprise au 28 mars 2018.
7. Le 27 mars 2018, la Dresse D\_\_\_\_\_ a conclu, après une IRM de la hanche gauche du 26 mars 2018, à une coxarthrose sans épanchement articulaire, une minime enthésopathie du moyen fessier et une lame liquidienne en profondeur du tractus ilio-tibial et au niveau du muscle du moyen fessier en rapport avec le traumatisme. Il n'y avait pas de signal osseux évoquant une fracture.
8. La Dresse D\_\_\_\_\_, a procédé à une IRM de la colonne lombaire le 26 mars 2018. À teneur de son rapport du 4 avril 2018, l'indication était une sciatalgie gauche, suite à un traumatisme le 6 mars 2018. Elle concluait à des discopathies lombaires étagées modic II graisseuses, sans récurrence herniaire en L4-L5 et à une saillie discale postéro-médiane et postéro-latérale gauche L5-S1 au contact de la racine S1 gauche à son émergence du fourreau dural.

9. Le 4 avril 2018, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin radiologue FMH, a indiqué avoir effectué une infiltration lombaire foraminale épidurale sous CT, le 4 avril 2018, sans complications immédiates.
10. Selon un formulaire « Feuille-accident LAA », reçu par la SUVA le 26 avril 2018 et rempli par le docteur G\_\_\_\_\_, généraliste, le traitement médical avait pris fin le 22 mars 2018 et l'assuré avait été totalement incapable de travailler à 100% jusqu'au 16 avril, puis il avait à nouveau été en incapacité de travail à 100% dès le 26 avril 2018.
11. Le docteur H\_\_\_\_\_, neurochirurgien FMH, a indiqué, dans un rapport du 4 mai 2018, que le patient souffrait d'une lombosciatalgie gauche irradiant sur la face postérieure de la jambe jusqu'à la face externe de la cheville. Le diagnostic était des lombosciatalgies gauches probablement sur hernie discale L5-S1 gauche qui pouvaient expliquer la lombosciatalgie, et un status après résection d'une hernie discale L4-L5, 28 ans auparavant, à gauche, qui pouvait, à son avis, aussi participer aux symptômes puisque le récessus restait serré et occasionnait une sciatalgie L5. Il proposait une infiltration épidurale L5-S1 gauche. À l'examen clinique, le patient était très algique. Il n'y avait pas de déficit neurologique moteur des membres inférieurs. Le médecin proposait d'essayer une deuxième infiltration, puis une chirurgie en cas de résistance au traitement conservateur.
12. Le 4 mai 2018, la SUVA a informé l'assuré qu'une nouvelle incapacité de travail à 100% dès le 26 avril 2018 avait été attestée par le Dr G\_\_\_\_\_, ce qui l'obligeait à réexaminer sa responsabilité. Elle formulait donc des réserves.
13. Le 8 mai 2018, l'assuré a précisé à la SUVA que son accident du 6 mars 2018 était intervenu pendant ses heures de travail. En passant un chariot, il avait glissé sur la neige et était tombé. Il travaillait à la rénovation des Tours du Lignon. Il avait glissé et avait ressenti des douleurs pour la première fois sur le moment. Il s'était rendu pour la première fois chez le médecin le jour-même. Il était à nouveau à l'arrêt depuis le 26 avril 2018.
14. Le docteur I\_\_\_\_\_ a procédé à une infiltration lombaire le 8 mai 2018 pour des sciatalgies S1 gauches sur une petite hernie discale L5-S1 gauche, sans complications immédiates post infiltration.
15. Le 9 mai 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ a informé la SUVA que les premiers soins avaient été donnés à l'assuré le 7 mars 2018. Celui-ci avait chuté sur la neige avec un « mécanisme non précisable du membre inf. G ». Il avait constaté objectivement la mobilisation des hanches difficile, un patient crispé « ++ ». Le diagnostic était un probable claquage musculaire « ischios G ». Les constatations concordaient avec l'événement invoqué par le patient et semblaient plausibles. Le médecin n'avait pas revu le patient depuis le 12 mars. L'incapacité de travail était de 100% dès le 7 mars 2018.
16. Dans un rapport intermédiaire du 15 mai 2018, le Dr G\_\_\_\_\_, a diagnostiqué, en lien avec le sinistre du 6 mars 2018, une contusion lombaire avec conséquente

---

hernie discale L5-S1, *mot illisible*, compressive, symptomatique, peu déficitaire. L'état actuel était un statu quo malgré deux infiltrations. Le pronostic était réservé. Une chirurgie serait probablement nécessaire. Il n'y avait pas de circonstances particulières ayant influencé l'évolution du traitement. Le patient avait été opéré d'une hernie discale L4-L5 à l'âge de 28 ans, suite à un accident et n'avait plus eu de problème jusqu'au nouvel accident. Il avait aujourd'hui « 50 ans ! ». Par ailleurs, le problème actuel se situait au niveau L5-S1, avec deux infiltrations sans grand effet, AINS et analgésique. Le patient avait été adressé au Dr H\_\_\_\_\_ pour évaluation. Le Dr G\_\_\_\_\_ a répondu par un point d'interrogation à la question relative à la reprise du travail.

17. Le 17 mai 2018, la gestionnaire du dossier de la SUVA a soumis le cas de l'assuré au docteur J\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, en lui demandant, au regard des suites de l'accident et des rapports médicaux reçus, si la nouvelle incapacité de travail dès le 26 avril 2018 pouvait être imputée, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'évènement du 6 mars 2018, étant précisé que l'assuré avait repris le travail le 16 avril 2018.
18. Le 24 mai 2018, le Dr J\_\_\_\_\_ a répondu que la nouvelle incapacité de travail de l'assuré dès le 26 avril 2018 était tout au plus en rapport de causalité possible avec l'évènement du 6 mars 2018. Il retenait le diagnostic de contusion du moyen fessier gauche à son insertion trochantérienne avec une fin de causalité à la reprise du travail. En ce qui concernait la lombosciatalgie ayant entraîné une nouvelle incapacité de travail le 26 avril 2018, la causalité naturelle était tout au plus possible du fait de la discopathie pluri-étagée, associée à un remaniement ostéophytique également pluri-étagé, sans compter les antécédents neurochirurgicaux sur L4-L5. Il avait constaté au niveau du bassin une coxarthrose bilatérale sur dysplasie et une sclérose sacro-iliaque lui faisant suspecter un problème rhumatologique sous-jacent.
19. Par décision du 25 mai 2018, la SUVA a informé l'assuré que, selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistaient aujourd'hui n'étaient plus dus à son accident du 6 mars 2018. Selon l'appréciation médicale du 24 mai 2018, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint le 26 avril 2018 au plus tard. Elle devait clore son cas au 26 avril 2018 en ce qui concernait les suites de l'accident et elle réfutait tout droit à d'autres prestations d'assurance. Elle avait pris note de la reprise du travail à 100% dès le 16 avril 2018. La prise en charge de l'incapacité de travail et celle du traitement médical ne relevaient plus de l'assurance-accidents, mais de l'assurance-maladie.
20. Le 31 mai 2018, l'assuré a informé la SUVA qu'il s'opposait à sa décision. Les rapports de ses médecins attestaient clairement que son problème venait de son accident et non du problème de dos qu'il avait eu 20 ans plus tôt.

À l'appui de son opposition, l'assuré a transmis des copies de rapports médicaux figurant déjà à son dossier et un rapport du 23 mars 2018 établi par la

---

Dresse E\_\_\_\_\_ indiquant que l'assuré l'avait consultée en raison d'une douleur musculaire et que le diagnostic de claquage musculaire avait été posé. Il était préconisé que l'assuré poursuive son traitement chez son médecin traitant. Sa capacité de travail était de 0% dès le 23 mars 2018, avec reprise du travail au 28 mars 2018.

21. Le 26 juin 2018, le Dr J\_\_\_\_\_ a estimé que l'opposition de l'assuré ne modifiait pas son appréciation du 24 mai 2018, dès lors que la Dresse E\_\_\_\_\_ évoquait un claquage musculaire.
22. Par décision sur opposition du 22 août 2018, la SUVA a rejeté l'opposition.
23. Selon une note de dossier du 21 septembre 2018, le Dr G\_\_\_\_\_ avait appelé pour demander pourquoi la SUVA n'avait pas pris en charge certains examens de type RX du bassin du 13 mars 2018 alors que ces examens étaient à but diagnostique dans le cadre de l'événement du 6 mars 2018. Il avait bien pris note du statu quo au 26 avril 2018 et ne contestait pas ceci.
24. L'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice le 25 septembre 2018. Il faisait valoir que le Dr J\_\_\_\_\_ ne l'avait jamais rencontré et que ses rapports étaient très succincts. Ses médecins, les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ l'avaient suivi depuis l'incident du 6 mars 2018 et il fallait se fonder sur leurs rapports, qui étaient objectifs. S'ils avaient eu des doutes, ses médecins n'auraient pas mentionné l'existence d'une hernie discale antérieure. L'intimée ne justifiait pas clairement pour quelle raison elle s'écartait des conclusions de ses deux médecins. En conséquence, elle avait abusé de son pouvoir d'appréciation. S'agissant de la causalité adéquate, il avait chuté sur la neige en poussant un chariot, ce qui lui avait causé une contusion fessière, des lombosciatalgies et une hernie discale. Selon le rapport médical intermédiaire du Dr G\_\_\_\_\_, il avait souffert, suite à cette chute, de douleurs lombaires avec hernie discale L5-S1. Ce médecin indiquait que la hernie discale préexistante était sans lien avec la nouvelle dans le mesure où il avait vécu plus de 20 ans sans douleurs et que les deux hernies ne se situaient pas au même endroit. Selon la Dresse D\_\_\_\_\_, il n'y avait pas de récurrence herniaire.

Le rapport du 23 mars 2018 indiquait comme diagnostic un claquage musculaire. Cependant, il fallait constater que les médecins des HUG n'avaient pas eu accès aux radiographies du recourant et n'avaient donc pas pu se prononcer en toute connaissance de cause. Ce rapport n'avait dès lors pas une valeur probante suffisante.

Le Dr J\_\_\_\_\_ avait considéré que la causalité entre les lombosciatalgies et les hernies discales et l'accident était tout au plus possible, car le traumatisme n'était pas à haute énergie, du fait que l'assuré ne s'était rendu en consultation que le lendemain du traumatisme, qu'aucune chirurgie d'urgence n'avait été proposée et que le Dr C\_\_\_\_\_ n'avait pas mentionné dans son rapport de douleurs typiques d'irritation sciatique. Ces arguments n'étaient pas pertinents. En effet, le

Dr C\_\_\_\_\_ l'avait reçu juste après l'incident et avait indiqué qu'il n'était pas examinable, car il était très crispé et que la mobilisation des hanches était difficile. L'on ne pouvait dès lors pas conclure de l'absence d'indication de chirurgie d'urgence et de douleur d'irritation sciatique que ces éléments étaient inexistantes lors de la première consultation. Si l'intimée entendait tirer des droits de l'absence d'indications dans ce sens dans le rapport du Dr C\_\_\_\_\_, elle aurait dû instruire davantage le dossier et ne pas se contenter de suppositions. De plus, il s'était fait opérer le 4 octobre suivant par le Dr H\_\_\_\_\_. Les arguments du Dr J\_\_\_\_\_ n'étaient dès lors pas pertinents.

Les contusions fessières, les lombosciatalgies et la hernie discale avaient fait l'objet de certificats médicaux et faisaient suite à l'événement du 6 mars 2018. Les premières IRM de la région lombaire avaient eu lieu au mois de mars, alors que l'assuré était incapable de travailler. Cela signifiait bien que les troubles lombaires faisaient suite à l'événement du 6 mars 2018 et étaient présents dès sa première incapacité.

Les troubles constatés étaient apparus immédiatement après l'événement du 6 mars 2018 et ils ne se seraient pas manifestés sans l'accident. Tous les rapports concluaient que la hernie discale apparue vingt ans auparavant était guérie et qu'elle n'avait pas récidivé suite à l'accident. Les deux hernies étaient distinctes. L'intimée avait rendu la décision sur opposition querellée sans peser tous les éléments du dossier et commis ainsi un abus manifeste dans l'appréciation des preuves.

L'intimée avait constaté les faits de façon incomplète. Les rapports médicaux rendus par les médecins étaient brefs et aucune question complémentaire ne leur avait été posée. Elle s'était contentée de faire des suppositions, suite à l'absence de certaines indications dans les rapports médicaux. Dès lors, la chambre des assurances sociales devrait ordonner directement des mesures d'instruction ou renvoyer la décision querellée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant concluait, principalement, à ce qu'il soit ordonné à la SUVA de prendre en charge les suites financières de l'accident et de lui verser les prestations d'assurance y relatives, subsidiairement, à ce que la chambre de céans ordonne une instruction complémentaire, en particulier une expertise ayant notamment pour objectif de déterminer le lien entre les lombosciatalgies et la hernie discale avec l'événement du 6 mars 2018, encore plus subsidiairement, qu'elle renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En tout état de cause, il demandait la restitution de l'effet suspensif.

25. Par réponse du 23 novembre 2018, la SUVA a conclu au rejet du recours. Les arguments évoqués par le recourant pour nier la valeur probante des conclusions du Dr J\_\_\_\_\_ ne résistaient pas à l'examen. Le fait que celui-ci s'était prononcé sans avoir personnellement examiné l'assuré n'était pas de nature à discréditer son appréciation, dès lors que le dossier contenait suffisamment d'appréciations médicales résultant d'un examen personnel de l'assuré. De plus, le Dr J\_\_\_\_\_

avait pris en considération le dossier d'imagerie et avait une connaissance suffisante du dossier pour établir son appréciation. Les rapports médicaux étaient repris, de sorte que son anamnèse devait être considérée comme étant complète. Ses constatations ne différaient guère de celles des médecins ayant examiné l'assuré et aucune contradiction n'était à relever. En résumé, l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_ répondait, sur le plan formel, à tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. À l'aune des avis médicaux au dossier, elle devait être confirmée. On ne pouvait retenir que le problème de lombosciatalgies et de hernie discale était, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec la chute du 6 mars 2018. L'avis du Dr G\_\_\_\_\_ fondait la causalité sur la base de l'adage *post hoc ergo propter hoc*. Le Dr C\_\_\_\_\_ n'avait pas mentionné de douleurs typiques d'irritation sciatique, malgré le fait que la douleur au niveau de la cuisse gauche était importante. Le Dr J\_\_\_\_\_ estimait que l'atteinte dégénérative symétrique et bilatérale au niveau des hanches ainsi que la sclérose des sacro-iliaques faisaient penser à une maladie rhumatismale, de même l'atteinte préexistante au niveau L5, ce que le Dr H\_\_\_\_\_ retenait également. Le fait que le recourant se soit fait opérer était sans pertinence sur la question de la causalité naturelle. Partant, il y avait lieu d'admettre que la contusion fessière liée au traumatisme du 6 mars 2018 avait cessé de déployer ses effets à la reprise du travail, le 16 avril 2018, et que les autres troubles n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec cet événement, au degré de la vraisemblance prépondérante, la seule possibilité n'étant pas suffisante à l'aune de la jurisprudence.

Le Dr J\_\_\_\_\_ ne s'était pas contenté de faire des suppositions. L'instruction menée sur le plan médical par l'intimée s'avérait complète. Le recourant n'avait pas de droit formel à ce qu'une expertise soit réalisée par un médecin externe à la SUVA dès lors qu'il existait pas de doutes quant à la fiabilité et à la pertinence des conclusions du Dr J\_\_\_\_\_.

26. Lors d'une audience du 28 août 2019 :

Le recourant a déclaré : « Je travaillais au Lignon ce jour-là et je manoeuvrais un chariot. Il y avait beaucoup de neige et le chariot a glissé et je suis tombé sur ma jambe gauche. C'était 10 h du matin. J'ai eu mal à la jambe. J'ai pu travailler jusqu'à la pause de midi. J'avais alors si mal que j'ai dû me coucher. Mon patron m'a demandé de finir la journée, car il y avait très peu d'employés. J'ai travaillé jusqu'à 16h00. Je suis allé chez le médecin le lendemain. Il m'a dit que j'avais une contracture musculaire. J'ai eu un arrêt de travail pendant quinze jours. J'ai eu un traitement par des piqûres et des infiltrations. J'ai vu un spécialiste qui m'a fait passer une IRM qui a mis en évidence une hernie discale. Selon moi, elle était due à l'accident. Je suis retourné au travail, car mon patron me l'avait demandé. Je me sentais mieux parce que j'avais fait une infiltration et pris des médicaments, mais j'avais encore des douleurs. Je n'ai pu travailler que quatre ou cinq jours. Le premier et le deuxième jours, j'ai bien supporté la douleur. J'avais néanmoins mal dès le début et je prenais des médicaments. À partir du

troisième jour, j'avais plus de douleurs. Même mes collègues m'ont dit que je n'étais pas en condition pour travailler. J'ai décidé d'arrêter, car je ne supportais plus la douleur et je voulais commencer un traitement. Mon poste est au service de nettoyage. (Le jour de l'accident), je transportais une cuvette de toilettes en plastique pour un chantier dans un chariot. La cuvette était vide donc pas très lourde. Il y avait seize cuvettes vides dans le chariot d'environ 1 m de large (...). Le chariot a glissé alors que je le poussais, vers l'avant. J'ai essayé de le retenir, j'ai glissé. Je suis tombé sans lâcher le chariot. Le chariot a environ 1 m de hauteur. Je suis tombé du côté gauche, sur la hanche, de ma hauteur, assez rapidement parce que j'avais glissé. Quand je suis tombé, je tenais le chariot qui a été vers la neige plus épaisse, ce qui l'a freiné et cela a amorti un peu ma chute, mais il y a eu quand même un choc violent. Je me suis relevé tout de suite. J'ai eu tout de suite mal à la hanche. J'ai senti une grande brûlure de la cuisse à la hanche (...). Je me suis rendu aux urgences et j'ai vu le Dr C\_\_\_\_\_. Je n'avais pas d'interprète lors de mon audition par la SUVA du 8 mai 2018. Je conteste avoir dit avoir été chez le médecin le jour-même. S'agissant du rapport du 23 mars 2018, j'étais accompagné de mon épouse et je n'avais pas d'interprète. Je conteste le déroulement de l'accident tel qu'il est décrit sous anamnèse, à savoir un faux mouvement avec bascule à gauche. La douleur a toujours été du côté gauche depuis l'accident, à la hanche, mais elle peut aller jusqu'au pied, gauche. J'ai été opéré d'une hernie discale en novembre 2018. Depuis je n'ai plus aucune douleur. J'ai une insensibilité à la cuisse gauche et une rigidité dans le bas du dos. Je vais donc mieux. Un mois et demi à deux mois après l'opération, je me sentais mieux. Je ne suis pas retourné au travail. Après une année, j'ai reçu ma lettre de licenciement. Mon patron souhaiterait que je reprenne le travail mais j'estime ne pas avoir la condition physique pour le faire (...). La représentante de la SUVA indique que des contacts ont été pris avec mon ancien employeur qui a nié avoir fait pression sur moi pour que je retourne au travail. En effet je n'ai pas fait l'objet de pressions. Quinze jours après l'accident, je me sentais prêt à travailler à nouveau. C'est moi-même qui l'ai demandé. C'est après mon opération que mon employeur m'a demandé de travailler à nouveau. Il ne l'a pas fait après l'accident. L'employeur m'a téléphoné environ deux mois après l'accident pour savoir si je pouvais reprendre mon poste. Comme je n'étais pas en condition, il a embauché quelqu'un d'autre. Je ne confirme pas l'allégué 12 du mémoire de recours qui indique que j'ai subi des pressions de la part de mon employeur pour reprendre le travail. Je précise qu'après quatre jours de reprise de travail, j'ai cessé de travailler sur arrêt de travail du Dr G\_\_\_\_\_ qui m'a adressé à des spécialistes.

Sur questions du mon conseil, s'agissant de mon retour au travail à mi-avril, mon patron m'a contacté pour savoir si je voulais reprendre le travail... ».

27. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

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

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

2. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau 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 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'intimée au-delà du 26 avril 2018.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

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

6. 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).
7. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif 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).

8. 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\_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.1).

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).

9. 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).

10. 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).

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, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

11. 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).
12. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de

preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à

---

l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

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).

14. En l'espèce, la SUVA a, par décision du 16 mars 2018, admis un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 6 mars 2018 et l'atteinte à la santé du recourant et lui a versé en conséquence ses prestations.

Le recourant a repris le travail le 16 avril 2018 pour l'interrompre à nouveau le 26 suivant. Il n'a ainsi travaillé que pendant quelques jours, peu après avoir subi une infiltration le 4 avril 2018, ce qui peut expliquer qu'il se soit senti mieux de manière temporaire et prêt à retravailler. L'assuré a toutefois déclaré à la chambre de céans que dès la reprise du travail, il avait eu des douleurs, qui n'avaient rapidement plus été supportables. Il n'apparaît ainsi pas que l'assuré ait subi une nouvelle atteinte (lombosciatalgie) dès le 26 avril, comme l'a retenu l'intimée, mais davantage qu'il souffrait toujours d'une même atteinte dont l'ampleur n'avait pas été déterminée lors du premier examen médical, à l'issue duquel le probable diagnostic de claquage musculaire « ischios G » avait été posé par le Dr C\_\_\_\_\_.

La Dresse D\_\_\_\_\_, qui a procédé à une IRM de la colonne lombaire le 26 mars 2018, a indiqué dans son rapport du 4 avril 2018 – soit avant la reprise du travail par l'assuré – que l'indication était une sciatalgie gauche, suite à un traumatisme le 6 mars 2018 et a conclu à des discopathies lombaires étagées modic II graisseuses, sans récurrence herniaire en L4-L5, et à une saillie discale postéro-médiane et postéro-latérale gauche L5-S1 au contact de la racine S1 gauche à son émergence du fourreau dural.

Le 4 avril 2018, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin radiologue FMH, a indiqué avoir effectué une infiltration lombaire foraminale épidurale sous CT, le 4 avril 2018.

Il apparaît ainsi que le recourant souffrait très vraisemblablement déjà d'une hernie discale L5-S1 avant la reprise de son travail le 16 avril 2018 et que les lombosciatalgies ne sont pas apparues après sa reprise du travail, contrairement à ce qu'a retenu le Dr J\_\_\_\_\_ le 24 mai 2018. Le diagnostic de contusion du moyen

fessier gauche retenu par celui-ci n'est pas convaincant, étant relevé que le Dr C\_\_\_\_\_ a posé, le lendemain de l'accident, le diagnostic de « probable » claquage musculaire « ischios gauche ». Ce diagnostic n'est pas non plus déterminant, car il a été posé sur la base des seules constatations du médecin, à savoir d'une mobilisation des hanches difficile avec un patient très crispé, et sans imagerie.

Au vu des déclarations du recourant à la chambre de céans et de la présomption 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 et au plus tard un an, il convient de retenir qu'il existait, entre le 16 et le 26 avril 2018, soit à peine un peu plus d'un mois après l'accident du 12 mars 2018, des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et la rechute, dont les conséquences doivent dès lors être prises en charge par l'intimée, selon la jurisprudence précitée.

Le rapport du Dr J\_\_\_\_\_, qui n'a pas vu, ni entendu le recourant et dont les conclusions sont remises en cause par celui de la Dresse D\_\_\_\_\_, sur la base d'une IRM, ne répond pas aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et ne suffit pas à établir, au niveau de la vraisemblance prépondérante, que l'atteinte à la santé du recourant n'était plus en rapport de causalité naturelle avec l'événement du 6 mars 2018, dès le 26 avril 2018.

Dans la mesure où le fardeau de la preuve appartient à l'intimée dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, sa décision de cesser la prise en charge des suites de l'accident du 6 mars 2018 est infondée et doit être annulée.

15. Le recours est ainsi admis.
16. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
17. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 22 août 2018.
4. Dit que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'accident subi par le recourant au-delà du 26 avril 2018.
5. Alloue au recourant, à charge de l'intimée, une indemnité pour ses dépens de CHF 2'000.-.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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