

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3520/2015

ATAS/503/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 juin 2016

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié c/o M. B _____, à GENÈVE,
représenté par SYNDICAT UNIA

recourant

contre

SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1974, a été engagé dès le 23 juin 2014 comme ferrailleur par la société C_____ Sàrl (ci-après : l'employeur) à Meyrin (GE). Il était à ce titre assuré auprès de la SUVA contre les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 2 décembre 2014, alors qu'il était en train d'attacher des pièces d'armature sur un chantier, l'assuré a glissé et est tombé après s'être emmêlé le pied droit dans un crochet, s'est fait mal au dos, au bras droit et à la tête.
3. Un bilan radiographique a été effectué le 4 décembre 2014 par le docteur D_____, médecin radiologue FMH. Les clichés du coude droit n'ont pas révélé de lésion post-traumatique, et les radiographies de la colonne dorsale (de face et de profil) et de l'épaule droite n'ont pas mis en évidence d'anomalie significative, en particulier pas de fracture ou de luxation.
4. L'employeur a adressé une déclaration d'accident à la SUVA le 11 décembre 2014. L'assuré était en arrêt de travail depuis l'accident précité. Son médecin traitant était le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine générale.
5. La SUVA a pris en charge les conséquences de l'accident précité, en particulier a reconnu le droit de l'assuré à une indemnité journalière dès le 5 décembre 2014, indemnité lui ayant été versée directement dès janvier 2015 selon demande de l'employeur du 6 janvier 2015, rappelée le 19 janvier 2015 par le syndicat Unia Genève (ci-après : le syndicat), mandaté par l'assuré pour le « recouvrement de (ses) droits sociaux ».
6. Le Dr E_____ a établi et établira de mois en mois des certificats médicaux non motivés attestant d'une totale incapacité de travail de l'assuré dès le 2 décembre 2014.
7. Selon deux rapports d'imagerie médicale du 20 janvier 2015 du docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, que l'assuré produira le 28 mai 2015 portant sur une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) « lombaire » et des radiographies de la colonne cervicale de face et de profil, l'assuré présentait d'une part une dégénérescence discale L5-S1 avec protrusion discale de localisation médiane et paramédiane gauche en contact avec la racine S1 gauche, une discrète sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures (mais le diamètre antéro-postérieur du canal lombaire était conservé et le cône médullaire était de topographie normale et de signal homogène), et d'autre part une discrète scoliose à convexité gauche avec une lordose physiologique conservée (mais pas de discopathie ni de tassement vertébral) et des apophyses transverses longues en C7 sur tout à gauche (mais les apophyses unciformes étaient conservées).
8. À teneur d'une appréciation médicale établie le 2 février 2015 par le docteur G_____, spécialiste FMH notamment en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, du service médical de la SUVA, les

éléments médicaux disponibles, qualifiés de très sommaires, à savoir les éléments radiographiques précités, ne montraient pas de lésion traumatique. Aucune incapacité de travail n'était justifiée au vu du dossier.

9. Par courrier du 11 février 2015, envoyé à réception d'un certificat d'incapacité totale de travail de l'assuré établi jusqu'au 1^{er} mars 2015 par le Dr E_____, la SUVA a émis toutes réserves quant à l'éventuelle indemnisation d'une prolongation d'incapacité de travail, en précisant que celle-ci devrait faire l'objet d'un rapport médical détaillé.
10. Par courriel du 12 février 2015, l'employeur a informé la SUVA que l'assuré avait été annoncé par erreur comme travaillant à 100 % alors qu'il travaillait à 30 %. La SUVA a alors indiqué, par courrier du 18 février 2015, que les indemnités journalières calculée sur la base d'un taux d'engagement de 100 % avaient été versées à l'employeur jusqu'au 31 décembre 2014 (27 jours à CHF 129.65, soit CHF 3'500.55) et à l'assuré en janvier 2015 (31 jours à CHF 129.65, soit CHF 4'019.15, dont CHF 322.- pour l'administration fiscale), mais qu'elles auraient dû être de CHF 38.90 (et non de CHF 129.65) en considération d'un taux d'activité de 30 %. Le syndicat a contesté que l'assuré avait travaillé à 30 %, et non à 100 %. L'employeur précisera, par courrier du 20 mars 2015, qu'il avait confondu deux employés et que l'assuré avait bien été engagé à 100 %, mais la SUVA, par courrier du 26 mars 2015, maintiendra sa demande de remboursement du trop-perçu tant que tous documents officiels ne lui auront pas été fournis démontrant un taux d'activité de 100 % alors que des documents de la caisse de compensation de l'assuré faisaient référence à un engagement à temps partiel de 30 %.
11. Dans l'intervalle, lors d'un entretien téléphonique du 19 mars 2015 avec l'assistante du Dr E_____, la SUVA a confirmé que si l'incapacité de travail de l'assuré était prolongée, il fallait que le médecin en explique les raisons par écrit. En réponse à une question, elle a précisé que le non-versement des indemnités journalières de février 2015 s'expliquait par le trop versé consécutif à l'erreur précitée relative au taux d'engagement de l'assuré.
12. Le 24 mars 2015, le Dr E_____ a établi un certificat médical non motivé attestant d'une totale incapacité de travail de l'assuré jusqu'en mai 2015.
13. Le 27 avril 2015, le Dr E_____ a adressé à la SUVA, apparemment par courriel, une attestation médicale datée du 23 avril 2015, aux termes de laquelle il certifiait que l'assuré avait été à sa consultation le 2 décembre 2014 pour une urgence suite à une chute sur le dos, que son état de santé avait nécessité une incapacité de travail de 100 % depuis cette date, et que sa situation s'était aggravée progressivement, nécessitant des soins et des consultations multiples. Cela expliquait que son certificat médical d'incapacité de travail était prolongé depuis le 1^{er} mars 2015 pour une durée indéterminée.
14. Le 27 avril 2015, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en chirurgie, du service médical de la SUVA a indiqué qu'elle estimait, à l'instar du Dr G_____ le

2 février 2015, qu'aucun élément du dossier ne permettait la persistance d'une incapacité de travail dès le 1^{er} mars 2015, d'autant plus que le Dr E_____ parlait d'une aggravation mais n'entreprenait pas d'exams paracliniques complémentaires et ne décrivait absolument pas l'état de l'assuré.

15. Par décision du 30 avril 2015 et se référant à son courrier précité du 11 février 2015 reconnaissant à l'assuré une pleine capacité de travail dès le 1^{er} mars 2015, la SUVA a confirmé cette prise de position sur la base des appréciations de ses médecins d'arrondissement des 2 février et 27 avril 2015. Elle retenait donc une capacité de travail de 100 % à l'assuré dès le 1^{er} mars 2015. Opposition pouvait être formée contre cette décision dans un délai de 30 jours ; l'effet suspensif d'une éventuelle opposition était retiré.
16. Le 4 mai 2015, l'employeur a mis fin au contrat de travail de l'assuré pour le 4 juin 2015.
17. Par recommandé du 28 mai 2015, après avoir pris connaissance du dossier, l'assuré a formé opposition à la décision précitée de la SUVA du 30 avril 2015. Ni le Dr G_____ ni la Dre H_____ ne l'avaient examiné personnellement. Une expertise médicale complète comprenant des examens de l'assuré devait être effectuée par un médecin-conseil de la SUVA, si cette dernière avait encore un doute quant au fait qu'il était en incapacité totale de travailler. Aucune demande de renseignements complémentaires n'avait été adressée à son médecin traitant. Le Dr E_____ avait encore délivré le 24 avril 2015 un nouveau certificat médical (non motivé) d'incapacité totale de travail couvrant la période du 1^{er} mai au 1^{er} juin 2015. Référence était faite aux deux rapports d'imagerie médicale précités du 20 janvier 2015 du Dr F_____. L'assuré avait dû suivre un traitement de physiothérapie sur prescription du Dr E_____. Ce dernier avait rendu le « rapport médical détaillé » précité du 23 avril 2015, et il venait d'en établir un nouveau le 19 mai 2015, joint à l'opposition, aux termes duquel il déclarait contester la décision de la SUVA parce qu'il y avait eu aggravation clinique de l'état de santé de l'assuré depuis le 1^{er} mars 2015 avec apparition de signes neurologiques au membre inférieur (hypoesthésies, baisse du tonus musculaire et douleurs neurologiques associées à une aréflexie), ce qui justifiait « largement les incapacités depuis le 1^{er} mars 2015 en attendant d'obtenir un avis d'un spécialiste neurologique ». La SUVA était priée de revoir sa décision et d'admettre que l'assuré se trouvait toujours en incapacité totale de travailler, et ce pour un taux d'activité de 100 %, depuis l'accident du 2 décembre 2014 et pour une durée indéterminée, ou, à tout le moins, de « réaliser une expertise complète » avant de rendre une nouvelle décision formelle. Si la SUVA maintenait sa position sur le taux d'activité de l'assuré, elle était invitée à rendre une décision formelle.
18. D'après une appréciation médicale du 1^{er} juin 2015 des Drs H_____ et G_____ du service médical de la SUVA, les troubles dégénératifs de la colonne vertébrale (que l'assuré apparaissait présenter selon les documents médicaux joints à l'opposition) n'étaient pas la conséquence du sinistre annoncé. Concernant

l'aggravation progressive relevée par le Dr E_____ avec apparition de troubles neurologiques du membre inférieur, les critères de Kramer ne permettaient pas de retenir une apparition soudaine de tels symptômes ; l'accident n'était pas survenu dans un contexte à « haute énergie » et les radiographies ne montraient pas de fracture soutenant cette présomption. Il était regrettable qu'aucun avis neurologique contemporain à l'émission de l'avis du Dr E_____ ne soit disponible. Il fallait retenir que, deux mois après le sinistre et en l'absence de lésions déterminantes, les effets délétères de l'accident étaient considérés comme éteints, et ce définitivement. Il n'y avait pas lieu de modifier les appréciations médicales des 2 février et 27 avril 2015.

19. Le Dr E_____ a adressé l'assuré au docteur I_____, spécialiste FMH en neurologie, pour un bilan électroneuromyographique (ci-après : ENMG), qui a été effectué le 29 mai 2015. À teneur du rapport que le Dr I_____ a établi le 30 mai 2015 (rapport parvenu le 4 juin 2015 à la SUVA et faisant mention, liminairement, de l'accident du 2 décembre 2014), l'assuré présentait une cervicobrachialgie droite et une lombosciatalgie gauche. L'examen neurologique montrait une importante contracture de la musculature paravertébrale, cervico-dorso-lombaire associée à une limitation des mouvements du rachis cervical et surtout du rachis lombaire. La force semblait limitée essentiellement en raison des douleurs et les réflexes étaient sans anomalie. L'ENMG du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche montraient les signes électrophysiologiques d'un syndrome du tunnel carpien droit modéré et asymptomatique. L'examen à l'aiguille réalisé au niveau des divers myotomes du membre inférieur gauche était sans anomalie, en particulier sans signe de dénervation. Une poursuite du traitement conservateur était recommandée. En cas d'aggravation de la cervicobrachialgie droite, une IRM pourrait être réalisée, et en cas de persistance de la lombosciatalgie gauche, une infiltration sous guidage de la racine S1 gauche pourrait être essayée.
20. D'après un rapport d'imagerie que le Dr F_____ a établi le 20 août 2015 (parvenu aussi à la SUVA), après avoir effectué une IRM cervicale sur l'assuré, ce dernier présentait une dégénérescence discale de C2-C3 jusqu'à C6-C7 (mais pas de hernie discale ni médiane ni latérale), une uncarthrose modérée en C3-C4, C4-C5 à gauche et C5-C6 à droite (mais ne provoquant pas de rétrécissement significatif des canaux radicaux), une scoliose cervicale à convexité gauche et inversion de la lordose physiologique (mais le cordon médullaire était de topographie normale et de signal homogène).
21. Par recommandé du 7 septembre 2015, l'assuré a mis la SUVA en demeure de statuer sur son opposition, lui impartissant à cette fin un délai au 5 octobre 2015.
22. Par décision sur opposition du 15 septembre 2015, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré. Répétant les appréciations contenues dans cette dernière, elle a précisé que la cervicobrachialgie droite et la lombosciatalgie gauche ainsi que les signes de syndrome du tunnel carpien relevés par le Dr I_____ étaient des atteintes guère compatibles avec une chute n'ayant pas eu de répercussion traumatique. Il

s'imposait de souligner la présence d'une dégénérescence discale de C2-C3 jusqu'à C6-C7 et d'une uncarthrose modérée en C3-C4, C4-C5 à gauche et C5-C6 à droite, selon l'IRM pratiquée le 20 août 2015. Dans ces conditions, la SUVA était en droit de refuser d'allouer des indemnités journalières au-delà du 31 janvier 2015. En tenant compte de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, il fallait même convenir que les effets délétères de la chute du 2 décembre 2014 étaient définitivement éteints, ce qui motiverait l'arrêt de toutes les prestations d'assurance, le cadre strict de l'opposition ne comprenant cependant pas la prise en charge des frais médicaux. Il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une expertise médicale.

23. Par acte du 7 octobre 2015, l'assuré a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Il a conclu en concluant préalablement à ce que les Drs E_____, I_____ et F_____ soient auditionnés et à ce qu'une « expertise médicale complète » soit ordonnée pour déterminer son état de santé et pouvoir constater que ses troubles actuels « sont en lien direct avec l'accident du 2 décembre 2014 ». À titre principal, il a conclu à ce que la décision attaquée soit annulée et à ce qu'il soit constaté qu'il était toujours incapable à 100 % de travailler pour une durée indéterminée « suite et en lien direct » avec ledit accident et à ce que les prestations correspondantes lui soient octroyées par la SUVA depuis l'accident du 2 décembre 2014 et pour une durée indéterminée sur la base d'un taux d'activité de 100 %, sous suite de frais et dépens.

L'assuré a repris les arguments qu'il avait avancés dans son opposition du 28 mai 2015. Les faits que les deux médecins de la SUVA avaient retenus dans leur appréciation médicale du 1^{er} juin 2015 s'arrêtaient au 20 mai 2015 et ne prenaient pas en compte l'avis des deux médecins qu'il avait ensuite consultés, soit les Drs I_____ et F_____. Les deux médecins de la SUVA ne s'étaient prononcés que sur pièces, tout en regrettant l'absence d'un avis neurologique, alors que l'assuré en avait obtenu un. Celui-ci joignait à son recours un questionnaire médical détaillé rempli le 29 septembre 2015 par le Dr E_____, confirmant « une fois de plus que suite à l'accident du 2 décembre 2014, (il) se trouv(ait) en incapacité de travailler à 100 %, et ce pour une durée indéterminée ». L'assuré a encore estimé qu'il avait démontré que son taux d'activité avait été de 100 % (et non de 30 %) ; il ne pouvait être « sanctionné » du fait des carences de son ancien employeur qui l'avait confondu avec un autre employé.

D'après les réponses données par le Dr E_____ aux questions posées dans ledit « questionnaire médical », les lésions corporelles subies par l'assuré à la suite de l'accident considéré (ou les diagnostics) étaient une contusion lombaire compliquée par une hernie discale. L'évolution de l'état de santé avait été lente et défavorable. Il y avait aggravation, donc absence de guérison. Aucune réponse n'était donnée à la question de savoir si « les plaintes, les lésions, les troubles, les affections constatés (étaient) dus à l'accident de manière certaine (100 % dû à l'accident), probable (plus de 50 % dû à l'accident) ou seulement possible (moins de 50 % dû à

l'accident) ». Il n'y avait pas, parallèlement aux suites dudit accident, d'autres maladies, états maladifs ou encore d'autres états ou suite d'autres accidents influençant son état de santé. Le traitement consistait notamment en de la physiothérapie, une infiltration et du repos. Il y avait incapacité totale de travailler depuis le 2 décembre 2014. Il était impossible de se prononcer quant à l'évolution future ; l'avis d'un spécialiste était nécessaire. Le Dr E_____ ne pouvait déterminer quand l'état de santé de l'assuré serait « consolidé ». Des séquelles étaient à craindre, à savoir une invalidité d'un pourcentage inconnu et une probable lésion neurale du membre inférieur qui provoquerait une « invalidité à la marche, au déplacement, aux efforts concernant le membre inférieur ».

24. Le 19 octobre 2015, l'assuré a informé la chambre des assurances sociales que, par certificat médical du 1^{er} octobre 2015, le Dr E_____ l'avait estimé apte à retravailler à 50 % à partir du 5 octobre 2015, à l'essai pour quinze jours.

25. a. Par mémoire du 16 novembre 2015, la SUVA a conclu au rejet du recours, en joignant à son écriture une appréciation orthopédique établie le 16 novembre 2015 par le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur de la SUVA, appréciation à laquelle elle s'est référée dans son mémoire.

b. Dans cette appréciation, après un résumé des faits et des avis médicaux émis concernant l'assuré, le Dr J_____ relevait que, abstraction faite des résultats des examens d'imagerie et de la consultation neurologique, les indications produites par le Dr E_____ étaient inconsistantes, alors que ce dernier avait eu l'assuré à sa consultation pas moins de quarante-deux fois du jour de l'accident au 25 août 2015 (mais pas, étonnamment, du 22 décembre 2014 au 10 janvier 2015 ni du 30 juin au 21 juillet 2015), et que, pendant cette période, l'assuré avait bénéficié de trente-six séances de physiothérapie, sans pour autant – à s'en tenir à l'avis dudit médecin – que son état de santé ne s'améliore, ni un pronostic être émis.

L'assuré avait fait une chute de sa hauteur à faible vitesse et basse énergie ; le jour même, un gilet orthopédique avait été prescrit, mais la nécessité d'effectuer des investigations radiologiques n'avait pas été retenue ; les radiographies faites le surlendemain localisaient les éventuels troubles, à savoir au niveau du coude droit, de l'épaule droite et de la colonne thoracique (il n'y avait pas eu de radiographies de la colonne lombaire). Cela excluait le seul diagnostic transmis par le Dr E_____, soit celui de contusion lombaire ; la symptomatologie présentée par l'assuré consécutivement à l'accident du 2 décembre 2014 était dorsale, ni cervicale ni lombaire. Une IRM lombaire et des radiographies cervicales n'avaient été faites que sept semaines après l'accident. Cette IRM avait mis en évidence une banale discopathie L5-S1, sans hernie discale, mais uniquement avec un bulging discal médian et paramédian gauche ; cette discopathie était modérée, sans perte de hauteur du disque intervertébral ; le conflit entre le disque et la racine S1 gauche devait être relativisé. Les radiographies de la colonne cervicale étaient sans anomalies relevantes.

Les troubles de type scialtalgique n'étaient apparus qu'à partir du 1^{er} mars 2015, d'après le Dr E_____, ce dont se déduisait qu'une symptomatologie éventuellement compatible avec un problème radiculaire n'était présente ni initialement ni dans les trois mois ayant suivi l'accident. Il fallait exclure une décompensation symptomatologique d'un état dégénératif préexistant extrêmement réduit, sous forme de discopathie L5-S1, et de discrète sclérose des facettes articulaires postérieures ; de telles discopathies ne pouvaient qu'être de nature dégénérative, et non d'origine traumatique. L'examen neurologique n'avait mis en évidence aucun déficit ; du point de vue électroneuromyographique, seul un léger syndrome du tunnel carpien sans symptomatologie avait été mis en évidence, l'examen avait été parfaitement normal au niveau du membre inférieur gauche. Il n'y avait aucun corrélat ni d'imagerie ni cliniquement pour corréler valablement les plaintes de l'assuré, à savoir des cervicobrachialgies droites et des lombosciatalgies gauches. Ces troubles étaient sans rapport avec l'accident du 2 décembre 2014.

Il n'y avait pas de lésions traumatiques mises en évidence sur les différents examens effectués. La définition d'un retour à la normale était dès lors d'emblée assez théorique ; au moment où le médecin d'arrondissement de la SUVA avait été sollicité par cette dernière pour la première fois, il n'existait dans le dossier aucune élément permettant de justifier une incapacité de travail prolongée. Aucun examen complémentaire ni aucune physiothérapie spécifique n'avaient été effectués par la suite au niveau des parties initialement touchées (épaule droite, coude droit, colonne thoracique). Les symptômes aux localisations initiales avaient donc rapidement disparu.

En conclusion, en retenant un diagnostic initial de contusion de l'épaule droite, du coude droit et du plan thoracique postérieur, on pouvait retenir que l'accident n'avait plus eu d'effet délétère au-delà du 20 janvier 2015. La discopathie L5-S1 avec bulging mais sans hernie discale était strictement dégénérative, et n'avait pas été décompensée symptomatiquement par l'accident du 2 décembre 2014. Les troubles cervicobrachialgiques droits et lombosciatalgiques gauches étaient sans rapport avec l'accident du 2 décembre 2014 ; ils n'avaient pas de traduction clinique objective et n'étaient que très partiellement explicables en considération du résultat des examens d'imagerie, qui montraient globalement au niveau cervical ou lombaire des troubles dégénératifs discrets et surtout banaux au vu de l'âge de l'assuré.

26. Dans une réplique du 24 novembre 2015, l'assuré a qualifié l'appréciation médicale du Dr J_____, requise postérieurement au dépôt du recours, de partielle et choquante. Si elle était longue de onze pages, elle n'apportait pour autant rien de nouveau, dans la mesure où son auteur ne l'avait pas examiné en personne mais s'était prononcé sur la base du dossier, et écartait complètement l'avis du neurologue. Il ne devait pas se voir reprocher que, par hypothèse le cas échéant, le Dr E_____ ne l'aurait pas correctement traité. Il persistait dans les conclusions de son recours.

27. Dans sa duplique du 15 décembre 2015, la SUVA a persisté à conclure au rejet du recours. Le dépôt de l'appréciation médicale du Dr J_____ avec sa réponse au recours était conforme au droit. Il importait peu que ledit médecin n'avait pas ausculté personnellement l'assuré, dès lors que le dossier lui avait permis d'examiner de façon circonstanciée et en toute connaissance de cause les aspects pertinents du cas d'espèce. Le Dr J_____ n'avait pas ignoré la prise de position du Dr I_____. Rien ne justifiait de s'écarter des conclusions convaincantes et cohérentes retenues par le Dr J_____.
28. Le 20 janvier 2016, l'assuré a déclaré contester la prise de position de la SUVA et persisté dans les conclusions de son recours, sous réserve qu'ayant recouvré une capacité de travail à 50 % dès le 5 octobre 2015, il demandait désormais à la chambre des assurances sociales de constater qu'il avait été incapable à 100 % de travailler jusqu'au 4 octobre 2015 puis qu'il l'était à 50 % dès le 5 octobre 2015 pour une durée indéterminée consécutivement à l'accident du 2 décembre 2014. Il avait retrouvé un emploi à 50 % chez un nouvel employeur, K_____ SA, dès le 2 décembre 2015, mais avait été victime d'un nouvel accident sur son lieu de travail le 11 décembre 2015, se faisant une entorse sévère de la cheville droite ; la SUVA prenait ce nouvel accident en charge.
29. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. 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), la décision attaquée étant une décision sur opposition de la SUVA mettant un terme à des prestations prévues par la LAA.
- b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).
- Le présent recours a été déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). L'assuré a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).
2. a. Le litige porte sur le droit du recourant à des indemnités journalières de la part de l'intimée au-delà du 28 février 2015 (donc dès le 1^{er} mars 2015) pour l'accident qu'il a subi le 2 décembre 2014. Il doit être tranché au regard de la LAA

et, dans la mesure de son applicabilité (art. 1 al. 1 LAA), de la LPGA. Comme pour les questions de procédure, les dispositions de 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).

b. Il sied de préciser que le paiement d'indemnités journalières en faveur du recourant pour le mois de février 2015 n'est pas contesté en tant que tel, car, dans la décision attaquée (qui est la décision sur opposition du 15 septembre 2015, comme d'ailleurs dans la décision du 30 avril 2015, à laquelle la décision attaquée s'est substituée), l'intimée ne lui a nié le droit à des indemnités journalières que dès le 1^{er} mars 2015. Si elle ne lui a pas – ou pas encore – versé d'indemnités journalières pour février 2015, c'est pour le motif qu'elle aurait déjà trop versé d'indemnités journalières en sa faveur en décembre 2014 et janvier 2015 dans l'hypothèse – encore en voie d'élucidation – où il n'aurait été engagé qu'à 30 % et non à 100 % chez son employeur du temps de l'accident précité, et donc qu'elle invoquerait dans ce cas compensation avec les indemnités journalières qu'elle lui devait pour février 2015.

c. L'intimée n'ayant pas rendu de décision sur le taux d'engagement qu'elle reconnaissait au recourant pour la période considérée, cette question ne saurait faire l'objet du présent recours. Le recours n'est pas recevable en tant qu'il comporte une conclusion et une (certes très brève) argumentation portant sur cette question.

d. Le recours ne porte pas non plus sur le point de savoir si le recourant a droit à la prise en charge de ses frais médicaux postérieurement au 1^{er} mars 2015 en lien avec l'accident du 2 décembre 2015.

e. Sous ces réserves, il y a lieu d'entrer en matière sur le recours.

3. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation 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 ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références).

c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 5). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78).

d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

4. a. 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 ; 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. 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 exigence est remplie 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

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 ; 119 V 335 consid. 1 et 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2).

c. 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 ; 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

d. Lorsqu'il y a lien de causalité naturelle et adéquate, l'obligation de prêter de l'assureur est établie. Elle cesse cependant lorsque l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsqu'il 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. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

e. Lorsqu'un état maladif préexistant (fût-il dégénératif de précédents accidents non couverts par l'assureur-accidents) 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 ou 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). 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 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

5. a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (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).

b. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux.

b/aa. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

b/bb. 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 permette 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces

différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales, et ils ne sont pas dépourvus de toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine).

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).

b/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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. À 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in 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_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). De même, le juge ne s'écarte 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).

6. a. En l'espèce – quand bien même leur bien-fondé se trouvera confirmé par une appréciation médicale ultérieure substantielle –, les deux avis médicaux exprimés respectivement les 2 février et 27 avril 2015 par les médecins d'arrondissement de l'intimée, les Drs G_____ et H_____, peuvent apparaître comme ayant été trop sommaires. S'agissant du premier, il s'appuyait de surcroît sur le peu d'éléments disponibles pour tirer la conclusion, non que l'instruction devait être complétée, mais qu'aucune incapacité de travail n'était justifiée. Quant au second, il niait une persistance d'une incapacité de travail dès le 1^{er} mars 2015, en soulevant la contradiction consistant, pour le médecin traitant, à invoquer une aggravation de l'état de santé du recourant mais à ne pas entreprendre d'examen complémentaires, sans que le médecin traitant ne soit invité à motiver son avis de façon plus substantielle. Il faut concéder à ce dernier égard que l'intimée avait fait savoir à ce dernier, lors d'un entretien téléphonique avec son assistante, le 19 mars 2015, que s'il prolongeait à nouveau le constat d'une totale incapacité de travail du recourant, il lui faudrait en expliquer les raisons par écrit ; et ensuite, ledit médecin traitant avait donné la mesure – faible – de la motivation qu'il était d'accord ou capable de fournir, par une attestation du 23 avril 2015, se bornant à affirmer que le recourant avait été à sa consultation le 2 décembre 2014 pour une urgence suite à une chute sur le dos, que son état de santé avait nécessité une incapacité de travail de 100 % depuis cette date et que sa situation s'était aggravée progressivement, nécessitant des soins et des consultations multiples (ce qui ne représente nullement un « rapport médical détaillé », contrairement à ce que prétend l'assuré). L'intimée n'en aurait pas moins dû exiger de l'assuré la production de rapports médicaux plus substantiels, répondant aux questions pertinentes propres à mettre en lumière, autrement que par une affirmation, l'existence ou l'absence d'un lien de causalité entre l'accident considéré et les lésions invoquées.

Les deux médecins d'arrondissement précités ont en revanche émis, le 1^{er} juin 2015, une appréciation médicale mieux motivée, quoique encore succincte. Ils se sont en effet fondés non seulement sur les pièces initiales du dossier, mais aussi sur les différents documents médicaux joints à l'opposition du recourant, qui leur ont permis de retenir que les troubles dégénératifs de la colonne vertébrale que ceux-ci paraissaient établir n'étaient pas la conséquence de l'accident du 2 décembre 2014,

d'une part, et que l'aggravation relevée par le médecin traitant, se manifestant par des troubles neurologiques du membre inférieur, ne pouvait être imputable à cet accident au regard de critères médicaux indiqués (dont la pertinence n'a pas été remise en cause) et des caractéristiques dudit accident. De plus, contrairement à ce que le recourant prétend, ils n'ont pas estimé, au moment d'émettre leur avis, qu'il fallait faire un examen neurologique, mais ont regretté qu'il n'en ait pas été fait un antérieurement.

b. L'appréciation médicale faite par le Dr J_____ le 16 novembre 2015 non seulement émane d'un spécialiste de la discipline médicale pertinente (à savoir de la chirurgie orthopédique et de la traumatologie de l'appareil locomoteur), mais aussi est substantielle, se base sur une étude fouillée du cas, prend en compte et analyse les faits pertinents du dossier et les différents avis médicaux émis, et comporte des conclusions dûment motivées.

D'un point de vue formel, on ne saurait dénier force probante à cette appréciation médicale, ni du fait qu'elle émane d'un médecin de l'intimée, ni du fait qu'elle a été établie postérieurement au dépôt du recours. À ce stade de la procédure, antérieur au dépôt de la réponse au recours, l'intimée était en droit même de reconsidérer la décision attaquée si elle estimait que cette dernière était erronée (art. 53 al. 3 LPGA) ; elle pouvait donc faire faire une nouvelle appréciation du cas (y compris, si elle l'avait estimé utile, de nouvelles investigations), puis en produire le résultat, et en tout état soumettre les documents médicaux joints au recours à l'appréciation de ses médecins (comme les assureurs le peuvent d'ailleurs même encore par la suite de la procédure à propos de nouvelles pièces qui seraient versées au dossier). Le recourant a eu la possibilité de se prononcer sur ce rapport, puisque l'occasion lui a été donnée de présenter une réplique puis encore, après la duplique de l'intimée, des observations.

L'appréciation médicale dudit spécialiste de l'intimée doit se voir reconnaître force probante d'un point de vue matériel, d'autant plus qu'elle ne s'inscrit pas en contradiction avec des pièces probantes du dossier.

c. Le médecin traitant du recourant est en réalité le seul, dans cette affaire, à soutenir que le recourant a été en incapacité de travail en raison de l'accident considéré à 100 % au-delà du 1^{er} mars 2015, jusqu'au 4 octobre 2015, puis à 50 % pour une durée restant indéterminée. Et encore ne le fait-il pas catégoriquement, cultivant le flou entre l'indication de lésions estimées incapacitantes et la détermination de leur origine, donc de leur imputation audit accident, en particulier en laissant sans réponse la question, émanant apparemment du recourant en prévision du dépôt de son recours, de savoir si « les plaintes, les lésions, les troubles, les affections constatés sont dus à l'accident de manière certaine (100 % dû à l'accident), probable (plus de 50 % dû à l'accident) ou seulement possible (moins de 50 % dû à l'accident) », même s'il affirme qu'il n'y avait « pas, parallèlement aux suites dudit accident, d'autres maladies, états maladifs ou encore d'autres états ou suite d'autres accidents influençant son état de santé. »

Ni le radiologue F_____, ni le neurologue I_____ n'ont, d'une quelconque façon, émis d'avis ni a fortiori fait d'affirmation quant à l'origine des lésions que, le cas échéant, ils constataient chez le recourant, en particulier ne les ont attribuées à l'accident du 2 décembre 2012 (sauf à relever, a contrario à cet égard-ci, que le Dr F_____ a mentionné la mise en évidence, par les examens effectués, de troubles dégénératifs, une discrète sclérose et une discrète scoliose), ni non plus quant à l'impact des troubles diagnostiqués sur la capacité de travail du recourant.

De surcroît, le médecin traitant du recourant n'a pas motivé son avis. Celui-ci tient en des affirmations, qui ne parviennent pas à ébranler le caractère convainquant de l'appréciation médicale du spécialiste de l'intimée.

d. Il est vrai que ce dernier n'a pas examiné personnellement le recourant, mais s'est prononcé sur la base des pièces du dossier. Ce dernier était toutefois complet lorsque ledit spécialiste s'est prononcé ; notamment les rapports d'imagerie du Dr F_____ et le rapport du Dr I_____ s'y trouvaient. Il n'apparaît pas qu'un examen personnel du recourant était en l'occurrence susceptible, au degré de vraisemblance prépondérante, de modifier l'appréciation fiable qu'un tel spécialiste pouvait se faire des questions litigieuses du lien de causalité entre l'accident considéré et les troubles présentés ainsi que, à supposer qu'un tel lien ait jamais existé, d'un retour au *statu quo ante* ou au *statu quo sine*. Le Dr J_____ a d'ailleurs dûment motivé son appréciation.

7. a. Pour déterminer si l'intimée était et restait tenue de verser des indemnités journalières au recourant (au-delà du 1^{er} mars 2015) du fait de l'accident du 2 décembre 2014, il importe, déjà pour l'appréciation médicale de la question (à savoir celle, factuelle, de l'existence d'un rapport de causalité naturelle), de connaître les circonstances de l'accident.

Au regard de la déclaration d'accident mais aussi en considération des examens médicaux qui ont ensuite été effectués, il se justifie de retenir que le recourant, s'étant emmêlé le pied droit dans un crochet alors qu'il était en train d'attacher des pièces d'armature sur un chantier, a glissé et est tombé sur le dos, et s'est fait mal au dos, au bras droit et à la tête (celle-ci étant cependant protégée par le casque qu'il portait), et qu'ainsi – ainsi que l'a relevé le Dr J_____ (comme l'avaient déjà fait les Drs G_____ et H_____) – il avait fait une chute de sa hauteur à faible vitesse et basse énergie. Le recourant paraît s'insurger de cette version des faits, mais il n'en propose pas une autre.

Les lésions potentielles avaient bien été localisées au niveau du coude droit, de l'épaule droite et de la colonne thoracique, ainsi que l'atteste le fait que le bilan radiographique qu'il a été estimé finalement nécessaire de faire deux jours plus tard a été ciblé sur cette partie du corps. Le besoin ne s'est pas fait sentir avant sept semaines de faire une IRM lombaire et des radiographies cervicales, examens qui n'ont pas mis en évidence de lésions d'origine traumatique.

C'est ainsi de façon convaincante que le Dr J_____ a retenu que l'accident considéré avait généré une symptomatologie dorsale, mais pas cervicale ni lombaire, et donc qu'il a écarté le diagnostic posé ultérieurement par le médecin traitant d'une contusion lombaire en tant que ce dernier la rattachait audit accident.

b. Le bilan radiographique du 4 décembre 2014 n'ont pas révélé de lésion post-traumatique au niveau du coude droit ni mis en évidence d'anomalie significative au niveau de la colonne dorsale et de l'épaule droite, en particulier pas de fracture ou de luxation.

c. Quant aux examens faits sept semaines plus tard par le Dr D_____, ils avaient mis en évidence d'une part une dégénérescence discale L5-S1 avec protrusion discale de localisation médiane et paramédiane gauche en contact avec la racine S1 gauche, une discrète sclérose de surcharge des facettes articulaires postérieures (mais le diamètre antéro-postérieur du canal lombaire était conservé et le cône médullaire était de topographie normale et de signal homogène), et d'autre part une discrète scoliose à convexité gauche avec une lordose physiologique conservée (mais pas de discopathie ni de tassement vertébral) et des apophyses transverses longues en C7 sur tout à gauche (mais les apophyses unciformes étaient conservées). Selon le Dr J_____, la discopathie considérée était modérée, caractérisée avant tout par une déshydratation, sans perte de hauteur du disque intervertébral ; le disque présentait un bombement postérieurement, mais il n'existait aucun matériel herniaire ; il n'y avait pas de hernie discale visible. Le conflit entre le disque et la racine S1 gauche devait être relativisée, cette racine étant libre, respectivement entourée de tout côté de liquide céphalo-rachidien (partie intracanalair) ou de tissu adipeux (partie foraminale). Il y avait certes une morphologie un peu particulière, avec des disques intervertébraux particulièrement hauts et sphériques, en conjonction avec des vertèbres présentant une concavité marquée des plateaux ; cela correspondait toutefois à des anomalies (ou variantes de la norme) de type congénito-développemental. Aucune anomalie relevante n'était apparue au niveau de la colonne cervicale.

C'est par ailleurs à partir du 1^{er} mars 2015 seulement que, d'après le médecin traitant, des symptômes neurologiques étaient apparus, aggravant l'état de santé du recourant. Une symptomatologie possiblement compatible avec un problème radiculaire n'avait pas été présent antérieurement. Il n'y a dès lors pas de motif de ne pas suivre le Dr J_____, qui, dans ces conditions, exclut une décompensation symptomatique d'un état dégénératif préexistant extrêmement réduit, sous forme de discopathie L5-S1, sans hernie, et de discrète sclérose des facettes articulaires postérieures, ajoutant que des discopathies sans hernie associée ne pouvaient qu'être de nature dégénérative, autrement dit ne pouvaient être d'origine traumatique.

d. Comme l'a relevé le Dr J_____, l'examen neurologique effectué par le Dr I_____ n'a pas mis de déficit en évidence, le réflexe étant sans anomalie et la force étant limitée essentiellement en raison des douleurs. L'ENMG n'a mis en

évidence qu'un léger syndrome de tunnel carpien sans symptomatologie, et aucune anomalie au niveau du membre inférieur gauche.

e. Le Dr J_____ doit être suivi lorsqu'il affirme que les troubles allégués du recourant de type lombosciatalgies gauches et cervicobrachialgies droites (ces dernières n'ayant été signalées au surplus que près de six mois après l'accident considéré) sont sans rapport avec ce dernier, à tout le moins au degré de vraisemblance prépondérante.

f. L'intimée n'a pas remis en question, en considération d'un défaut de lien de causalité ou d'un retour au *statu quo ante vel sine*, le versement d'indemnités journalières jusqu'au 28 février 2015. De son côté, envisageant ne serait-ce que théoriquement que l'accident du 2 décembre 2014 avait pu entraver temporairement la capacité de travail du recourant, le Dr J_____ a encore estimé qu'au moment où le médecin d'arrondissement avait été sollicité pour la première fois par l'intimée (à savoir le Dr G_____ le 2 février 2015), il n'existait pas dans le dossier d'élément justifiant une incapacité de travail prolongée, et même – du fait qu'aucun examen complémentaire n'a été effectué postérieurement au 4 décembre 2015 au niveau des parties du corps initialement lésées (coude droit, épaule droite, colonne thoracique) ni aucune physiothérapie prescrite, et que des investigations complémentaires n'ont pas été estimées nécessaires avant le 20 janvier 2015 pour d'autres localisations – qu'il n'y avait probablement déjà plus, à cette date-ci, de troubles attribuables à l'accident précité.

8. Le recourant a sollicité l'audition des Drs E_____, D_____ et I_____ ainsi qu'une « expertise médicale complète ».

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, 122 III 219 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_198/2016 du 31 mai 2016 consid. 4.2). 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, 122 V 157 consid. 1d).

En l'espèce, l'appréciation médicale du Dr J_____, qui est dûment motivée, apparaît complète et convaincante, et ne se trouve contredite, de surcroît sans véritable motivation, que par le médecin traitant du recourant. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu d'ordonner les actes d'instruction requis par le recourant.

9. Le recours est mal fondé, et sera donc rejeté, dans la mesure où il est recevable.
10. La procédure est gratuite, le recourant n'ayant pas agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 60 let. b LPGA), et, vu l'issue donnée au recours, il ne

sera pas alloué d'indemnité de procédure au recourant (art. 60 let. g LPGA), ni à l'intimée.

* * * * *

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

1. Rejette le recours dans la mesure où il est recevable.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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