

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3750/2015

ATAS/716/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 septembre 2016

9^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à, COINTRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER

recourant

contre

GENERALI ASSURANCES GENERALES SA, sise avenue
Perdtemps 23, NYON

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1962, travaille pour B_____ SA en qualité de directeur de restaurant à 60 %, soit 25 heures par semaine, depuis le 1^{er} août 2007. A ce titre, il est assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de Generali assurances générales SA (ci-après l'assurance-accidents ou l'intimée). L'assuré travaille également pour C_____ SA.
2. Selon une déclaration de sinistre adressée à l'assurance-accidents en date du 22 janvier 2015, l'assuré a subi un accident le 4 décembre 2014 en Italie. Alors qu'il se trouvait dans un arbre dont il taillait les branches, il a glissé et est tombé sur le dos. Les premiers soins ont été prodigués par la doctoresse D_____, spécialiste FMH en endocrinologie.
3. La Dresse D_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 6 au 31 janvier 2015 par certificat du 6 janvier 2015.
4. Le 14 janvier 2015, le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une IRM de la colonne lombaire de l'assuré en raison d'une sciatique gauche aiguë avec une perte de force et de sensibilité. Il a conclu à une discarthrose L5 débutante avec une large extrusion discale migrée distalement au niveau du récessus latéral gauche, comprimant la racine S1 gauche, et une composante protrusive postéro-latérale droite non compressive, et à une discopathie L4-L5 avec un débord discal non compressif à focalisation postéro-latérale droite.
5. Le 27 janvier 2015, l'assuré a consulté pour la seconde fois le docteur F_____, spécialiste FMH en neurochirurgie. Il a indiqué à ce médecin que sa sciatique s'était améliorée depuis le dernier contrôle, bien qu'une douleur persiste. Il se plaignait de fourmillements sur la face postérieure du mollet et sur la face externe du pied. A l'examen clinique, il n'y avait pas de déficit moteur aux membres inférieurs. La sensibilité était conservée et les réflexes rotuliens et achilléens présents. Le petit fragment d'hernie discale révélé par l'IRM du 14 janvier 2015 expliquait les douleurs. Le Dr F_____ préconisait une herniectomie et éventuellement une discectomie L5-S1 gauche si ces douleurs persistaient.
6. La Dresse D_____ a prolongé la capacité de travail au 18 février 2015 par certificat du 2 février 2015.
7. Dans son rapport du 18 février 2015, le Dr F_____ a indiqué qu'il avait revu l'assuré. Ce dernier présentait une recrudescence très importante de la douleur, qu'il ne supportait plus. Il prenait un traitement de dérivés morphiniques. Il était raisonnable d'opter pour un traitement chirurgical après six semaines de douleurs intolérables. Une intervention serait planifiée dans les meilleurs délais.
8. Le 19 février 2015, le Dr F_____ a procédé à une herniectomie L5-S1 gauche et à une décompression de la racine S1.
9. Par certificat du 23 février 2015, le Dr F_____ a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 18 février 2015, à réévaluer à fin mars.

10. Dans un questionnaire rempli le 25 février 2015, l'assuré a indiqué qu'il travaillait 17 heures par semaine pour C_____ SA, dont l'assureur-accidents était La Vaudoise SA. Il avait travaillé en dernier lieu avant l'accident pour B_____ SA.
11. Le 3 mars 2015, le Dr F_____ a rapporté une très bonne évolution post-opératoire, avec une disparition de la sciatique et l'absence de douleurs lombaires. Une hypoesthésie de la plante du pied à gauche subsistait. La physiothérapie pourrait débiter deux semaines plus tard.
12. Dans son rapport du 5 mars 2015, la Dresse D_____ a indiqué que l'assuré était selon ses dires tombé d'un arbre, et que les douleurs étaient apparues début janvier. Elle avait été consultée en urgence le 6 janvier 2015. L'assuré travaillait auparavant à 150 %. Il présentait des douleurs irradiant dans le membre inférieur gauche. L'IRM avait mis en évidence une large extrusion discale comprimant la S1 gauche, avec un fragment discal dans le canal rachidien.
13. Dans son rapport du 19 mars 2015, le Dr F_____ a posé le diagnostic de sciatique hyperalgique S1 gauche avec petit fragment discal L5-S1 gauche. L'évolution se caractérisait par une amélioration de la sciatique. Il n'y avait pas de circonstances sans rapport avec l'accident.
14. Le 31 mars 2015, le Dr F_____ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré, qui devait être réévalué à début mai 2015.
15. Dans un questionnaire rempli le 2 avril 2015, l'assuré a indiqué que les premières douleurs étaient apparues le 2 janvier 2015. Il n'avait consulté la Dresse D_____, son médecin de famille, que le 6 janvier suivant car elle était en vacances jusqu'à cette date et que les douleurs étaient supportables. Entre le 4 décembre 2014 et la première consultation, il avait de manière irrégulière ressenti de petits pincements dans le bas du dos.
16. Dans son avis du 17 avril 2015, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance-accidents, a indiqué que la causalité n'était pas probante. Elle invitait l'assurance-accidents à lui procurer le premier rapport de consultation du Dr F_____.
17. Le 7 mai 2015, le Dr F_____ a attesté d'une capacité de travail de l'assuré de 50 % du 1^{er} mai au 30 juin 2015. La capacité de travail serait totale dès le 1^{er} juillet 2015.
18. Dans un nouveau questionnaire adressé à l'assurance-accidents le 22 mai 2015, l'assuré a indiqué qu'il avait grimpé dans un arbre pour en tailler les branches. Son pied avait glissé et il avait perdu l'équilibre. Il était tombé en arrière sur le dos. Il avait ressenti de petits pincements irrégulièrement dans le bas du dos, mais les premières grosses douleurs étaient apparues le 2 janvier 2015. Il n'avait consulté aucun médecin en Italie.
19. Dans son avis du 12 juin 2015, la Dresse G_____ a souligné qu'il était déterminant que l'assuré ait présenté des douleurs lombaires et une lombo-sciatique un mois après l'événement accidentel et n'ait consulté un médecin qu'à cette date. On

pouvait ainsi conclure que l'événement traumatique n'était pas à l'origine de la hernie discale, car les symptômes auraient alors été immédiats et auraient motivé un traitement dans les quelques jours suivant l'accident. Les symptômes étaient ici décalés et le rapport de causalité était inférieur à 50 %. La relation entre l'accident et la hernie était uniquement possible.

20. Par décision du 28 juin 2015, l'assurance-accidents a nié le droit aux prestations de l'assuré. Elle a retenu que selon son médecin-conseil, le rapport de causalité entre la hernie discale et l'accident était inférieur à 50 %. Dès lors, l'existence d'un lien de causalité était tout au plus probable et il n'était pas établi avec vraisemblance que l'accident avait entraîné de manière prépondérante les atteintes à la santé.

Une copie de cette décision a été notifiée à l'assurance-maladie du recourant.

21. L'assuré s'est opposé à la décision de l'assurance-accidents le 17 juillet 2015. Il a soutenu qu'il avait précisé dans les questionnaires du 2 avril et du 18 mai 2015 avoir eu des douleurs immédiatement, qu'il avait supportées jusqu'en début d'année 2015, moment auquel elles étaient devenues insupportables. La Dresse D_____ lui avait administré une injection de cortisone lors de la consultation du 6 janvier 2015. La luxation de la hernie était consécutive à l'accident. L'assuré s'est dit résistant à la douleur, raison pour laquelle il ne consultait son médecin que lorsque c'était absolument nécessaire. Un rapport du Dr F_____ parviendrait ultérieurement à l'assurance-accidents.

22. Dans son courrier du 27 août 2015 à l'assurance-accidents, le Dr F_____ a indiqué qu'il s'était entretenu à plusieurs reprises avec l'assuré. Le médecin a soutenu qu'il y avait une probabilité forte entre l'accident – soit la chute d'un arbre – et l'apparition de la hernie discale L5-S1 gauche luxée vers le bas, engendrant une sciatique hyperalgique récidivante. L'assuré n'avait pas immédiatement consulté après la chute de l'arbre, car il pensait que les douleurs irradiant dans la jambe gauche provenaient de sa prothèse de hanche.

23. La Dresse G_____ s'est déterminée sur le rapport du Dr F_____ le 14 septembre 2015. Elle a relevé que les questionnaires remplis par l'assuré indiquaient qu'il y avait eu des douleurs post-chute, mais que les symptômes aigus étaient apparus le 2 janvier 2015. Le médecin-conseil maintenait que le rapport de causalité était tout au plus possible, les symptômes hyperalgiques et irritatifs étant survenus un mois après la chute et pas immédiatement après, ce qui aurait permis la prise en charge du traitement.

24. Par décision du 24 septembre 2015, l'assurance-accidents a écarté l'opposition. Après avoir rappelé les conditions de la prise en charge de prestations par l'assurance-accidents, elle a souligné que selon la jurisprudence, les hernies discales ne peuvent être considérées comme d'origine accidentelle que lorsque certaines conditions particulières sont réunies. Tel était notamment le cas lorsque les symptômes de la hernie apparaissaient immédiatement et entraînaient aussitôt un arrêt de travail. Lorsque la hernie était seulement révélée par l'accident, seule la

prise en charge du syndrome douloureux était à la charge de l'assurance-accidents. L'assuré avait déclaré avoir d'abord ressenti de petits pincements, les grosses douleurs étant apparues le 2 janvier 2015. C'était le 6 janvier 2015 que l'arrêt de travail avait débuté. Pour le surplus, l'assurance-accidents s'est référée à l'avis de la Dresse G____, et a conclu que les consultations dès le 6 janvier 2015 et l'intervention du 19 février 2015 relevaient d'une maladie.

25. L'assuré a interjeté recours contre la décision de l'assurance-accidents par écriture du 26 octobre 2015. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'octroi d'un délai pour compléter son recours et à l'audition des Drs F____ et G____, et sur le fond à l'annulation de la décision du 24 septembre 2015, à la prise en charge par l'intimée des conséquences de l'accident du 4 décembre 2014, en particulier de l'ensemble des frais et prestations en lien avec la hernie discale L5-S1, notamment l'intervention du 19 février 2015. Le recourant a contesté l'absence de lien de causalité entre l'accident du 4 décembre 2014 et la hernie, se référant notamment au rapport du Dr F____ relevant une probabilité forte entre ces deux événements. Une telle luxation ne pouvait être provoquée que par un traumatisme tel que celui du 4 décembre 2014. Un lien de causalité existait ainsi bel et bien entre l'accident et l'affection dont souffrait le recourant.
26. Le recourant a complété son recours par écriture du 23 novembre 2015 en reprenant ses conclusions du 26 octobre 2015. Il a notamment précisé qu'il était en vacances lors de son accident. Immédiatement après la chute, il avait ressenti certaines douleurs mais il n'avait pas consulté de médecin car il pensait qu'elles s'estomperaient. Il a relevé que selon les différents rapports médicaux, des fragments de hernie discale étaient présents et étaient la cause de ses douleurs. La présence de ces fragments ne pouvait s'expliquer par une atteinte dégénérative, seul un événement soudain et brusque ayant pu provoquer la fracture et la présence de fragments. Or, en présence de fractures, il convenait d'appliquer la disposition légale permettant d'assimiler à un accident un certain nombre de lésions corporelles. De telles lésions étaient assimilées à un accident même si elles avaient pour l'essentiel une origine vraisemblablement malade ou dégénérative. Il n'y avait ainsi pas lieu de se fonder simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. C'était ainsi à tort que l'assurance avait appliqué le critère de la vraisemblance prépondérante au cas d'espèce pour nier le droit aux prestations, eu égard à la fracture constatée peu après l'accident. Comme le relevait le Dr F____, il existait une forte vraisemblance que la hernie soit en lien avec l'accident du 4 décembre 2015. Il n'existait aucun élément au dossier permettant de considérer qu'elle aurait une origine exclusivement malade ou dégénérative. On peinait d'ailleurs à comprendre comment une fracture pouvait objectivement survenir par le biais d'une maladie ou d'un syndrome dégénératif. Le médecin-conseil de l'intimée n'affirmait d'ailleurs pas que la hernie serait d'origine malade ou

dégénérative. La simple possibilité que la hernie ait été causée par l'accident était suffisante pour admettre la prise en charge de cette lésion assimilée.

27. Dans sa réponse du 13 janvier 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Répétant à quelles conditions la jurisprudence admettait qu'une hernie relevait d'un accident, l'intimée a soutenu qu'il s'agissait d'examiner si les symptômes algiques et caractéristiques de la hernie étaient apparus dans les suites immédiates de l'accident ou après une certaine latence. Or, le recourant avait qualifié les douleurs de supportables pendant un mois après la chute. Ce n'était que le 6 janvier 2015 que son médecin avait constaté la présence d'un syndrome radiculaire. De plus, sa chute n'avait pas entraîné d'arrêt de travail. Si le syndrome radiculaire était survenu immédiatement après l'accident, conformément à l'avis du médecin-conseil de l'intimée du 8 (recte 12) janvier 2016 joint à son écriture, le recourant aurait été contraint de consulter un médecin en urgence. L'intimée a ajouté que selon la Dresse G____, une hernie était un fragment du noyau d'un disque intervertébral, mais n'était pas un synonyme de fracture et ne relevait pas d'une lésion corporelle assimilée à un accident. Le lien de causalité entre l'accident et la hernie discale n'était pas démontré au degré de la vraisemblance prépondérante.

L'intimée a produit un avis de la Dresse G____ du 12 janvier 2016, confirmant qu'elle retenait un rapport de causalité uniquement possible entre l'accident et la survenance des symptômes, soit un syndrome radiculaire déficitaire. Bien que le recourant ait présenté une chute pouvant entraîner des lésions du disque intervertébral et que le traumatisme soit adéquat, il manquait la survenance immédiate des symptômes consécutifs à la hernie pour en admettre la prise en charge.

28. Par duplique du 2 février 2016, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a réaffirmé qu'il n'avait pas consulté de médecin avant le 6 janvier 2016, car il pensait pouvoir surmonter ses douleurs. Sa résistance à la douleur était attestée par son médecin de famille.

A l'appui de son écriture, le recourant a produit un rapport du 28 janvier 2016 de la Dresse D____, dans lequel elle a indiqué suivre le recourant depuis 1990. Ce dernier avait connu plusieurs interventions pour hernies discales et la pose de deux prothèses de hanche. Elle attestait du fait que le recourant attendait toujours la dernière minute pour se soumettre à une opération, espérant toujours s'en sortir grâce à des traitements anti-inflammatoires afin de ne pas quitter son travail. S'agissant de la dernière intervention, l'assuré avait pris énormément d'anti-inflammatoires pour supporter la douleur entre la chute et la consultation trois semaines plus tard. Il prenait alors 4 fois 800 mg de Brufen retard® et du Mydocalm® pour tenir le coup. Après les examens réalisés à la suite de la consultation du 6 janvier 2015, la Dresse D____ avait informé le recourant du caractère indispensable d'une intervention. Ce dernier avait toutefois souhaité tenter de continuer à travailler. La Dresse D____ avait alors prescrit de la morphine et pratiqué des infiltrations de corticoïdes. Ce n'était qu'à la mi-février que le

recourant, alors incapable de marcher et de rester debout - ce qui était incompatible avec son activité au restaurant - avait accepté de subir une intervention chirurgicale. On pouvait raisonnablement considérer que le recourant était très résistant à la douleur, ce qui avait entraîné un décalage entre l'accident et le traitement. La luxation était toutefois sans équivoque à mettre sur le compte de la chute survenue quelques semaines auparavant.

29. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimée en date du 4 février 2016.
30. 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit aux prestations du recourant, plus particulièrement sur le point de savoir si la hernie et ses conséquences sont en lien de causalité avec l'accident survenu le 4 décembre 2014.
5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). Le facteur extérieur peut être qualifié d'extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut objectivement qualifier de quotidiens ou habituels (ATF 129 V 402 consid. 2.1). On peut ainsi retenir à titre d'exemples de facteurs extérieurs extraordinaires le fait de trébucher, de glisser ou de se heurter à un objet (RAMA 2004 n°U 502 p. 184 consid. 4.1; RAMA 1999 n°U 345 p. 422 consid. 2b).

La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_268/2008 du 16 février 2009 consid. 2.3).

6. Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le

médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6 1^{ère} phrase LPGA).

7. 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 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 se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 en assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.1).
8. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait

survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2).

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. 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 (RAMA 2000 n°U 378 p. 190 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3).

9. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Sur cette base, le Conseil fédéral a adopté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), qui contient la liste exhaustive de toutes les lésions corporelles pouvant être assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire. Il en va ainsi notamment des fractures (let. a).

La notion de lésion assimilée à un accident, au sens de cette disposition, a pour but d'atténuer en faveur de l'assuré les rigueurs résultant de la distinction opérée par le droit fédéral entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 43 consid. 2b). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 123 V 43 consid. 2b, ATF 116 V 145 consid. 2c, ATF 114 V 298 consid. 3c). En revanche, si une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à

l'exception du caractère "extraordinaire" de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGa). En particulier, en l'absence de cause extérieure, soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 2.2).

Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine*. Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2013 du 24 juin 2004 consid. 3.2 et 3.3 et les références).

10. a) Pour pouvoir déterminer le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b) 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. À cet égard, il convient 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 125 V 351 consid. 3; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

11. En préambule, la chambre de céans rappelle qu'aux termes de l'art. 99 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA – RS 832.202), lorsqu'un assuré occupé par plusieurs employeurs est victime d'un accident professionnel, les prestations sont allouées par l'assureur de l'employeur pour lequel il travaillait au moment de l'accident (al. 1). En cas d'accident non professionnel, les prestations sont allouées par l'assureur de l'employeur pour lequel l'assuré a travaillé en dernier lieu en étant couvert pour les accidents non professionnels. Si l'accident implique le versement d'une rente ou d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, les autres assureurs intéressés doivent lui rembourser une partie des prestations. Leur part est calculée d'après le rapport qui existe entre le gain assuré chez chaque assureur et le gain total assuré (al. 2).

En l'espèce, l'intimée ne conteste pas être l'assureur compétent pour le versement d'éventuelles prestations au sens de la disposition réglementaire précitée, mais elle

décline sa responsabilité au motif qu'il n'y aurait pas de lien de causalité naturelle entre l'accident survenu et la hernie discale. Il n'existe cependant aucun rapport médical niant un tel lien et satisfaisant entièrement aux critères dégagés par le Tribunal fédéral. En effet, au plan formel, aucun des avis versés au dossier ne contient tous les éléments nécessaires, et les conclusions des différents médecins sont insuffisamment motivées. On relèvera en particulier que le médecin-conseil de l'intimée avait sollicité le premier rapport de consultation du Dr F____, qui ne lui a pas été fourni selon les éléments ressortant du dossier. Son appréciation ne repose donc pas sur une connaissance complète du dossier médical du recourant.

En outre, sur le fond, la Dresse G____ exclut le caractère traumatique de la hernie principalement au motif que les symptômes ne seraient pas apparus immédiatement dans son avis du 12 juin 2015. Or, interpellé sur ce point, le recourant a à deux reprises fait état de pincements dans le bas du dos apparus après l'accident, et de douleurs supportables. Selon les explications du 27 août 2015 du Dr F____, le recourant aurait évoqué des douleurs irradiant dans la jambe gauche dans les suites de l'accident, qu'il avait cependant imputées à sa prothèse de hanche. Il est ainsi inexact d'affirmer que le recourant n'aurait pas eu de symptômes immédiats. Le médecin-conseil de l'intimée a certes relativisé sa position dans son avis du 14 septembre 2015, en admettant la présence de douleurs mais en soutenant que seuls des symptômes aigus immédiats permettraient d'admettre un lien de causalité entre l'accident et la hernie discale. Il s'agit cependant là d'une exigence qui excède celle retenue par la jurisprudence, qui évoque certes l'apparition d'un syndrome vertébral ou radiculaire, mais non de symptômes aigus. De plus, le médecin traitant du recourant a attesté de sa grande résistance à la douleur, paramètre par essence difficilement objectivable et quantifiable. Il paraît ainsi peu convaincant d'exclure une origine traumatique au motif que les douleurs du recourant n'étaient pas suffisamment aiguës. Par ailleurs, s'agissant du critère de l'incapacité de travail immédiate, également retenu par la jurisprudence pour admettre le caractère accidentel d'une hernie discale, il y a lieu de le relativiser au vu des circonstances du cas particulier. En effet, l'accident du recourant est survenu durant ses vacances. Il n'était ainsi pas indispensable pour ce dernier de consulter un médecin pour obtenir un arrêt de travail, puisqu'il n'était pas actif à cette période.

Eu égard à ce qui précède, la condition de prise en charge d'une hernie au titre d'accident, relative à l'apparition immédiate du syndrome radiculaire, ne peut être exclue. Quant à l'exigence liée à l'arrêt de travail, elle n'est pas déterminante en l'espèce, comme on l'a vu. En ce qui concerne le caractère adéquat de l'événement accidentel pour entraîner une telle lésion, il a été admis par la Dresse G____.

Au vu de ces éléments, l'avis du médecin-conseil de l'intimée ne suffit pas à écarter une origine accidentelle de la lésion. Les conclusions des médecins traitants ne permettent cependant pas non plus de considérer qu'un lien de causalité naturelle est établi entre l'accident et la hernie discale, dès lors qu'elles sont insuffisamment motivées. Quant à l'argumentation du recourant, selon laquelle la présence d'un

fragment implique la survenance d'une fracture, elle n'est étayée par aucun argument médical.

En vertu de la jurisprudence, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Tel est le cas en l'espèce, l'intimée n'ayant pas mis en œuvre d'expertise et s'étant contentée de recueillir l'avis insuffisamment motivé de son médecin-conseil. Il y a lieu de lui renvoyer la cause pour mise en œuvre d'une expertise visant à déterminer si la hernie du recourant est en lien de causalité naturelle avec l'accident du 4 décembre 2014 et de rendre une nouvelle décision. Dans ce cadre, il lui appartiendra également de déterminer, dans l'hypothèse où la hernie ne serait pas d'origine traumatique, dans quelle mesure la prise en charge de l'événement douloureux lui incombe, conformément à la jurisprudence exposée ci-dessus.

12. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

Le recourant a droit à des dépens, qui seront en l'espèce fixés à CHF 1'800.- (art. 61 let. g LPGA).

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 partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 24 septembre 2015.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser une indemnité de CHF 1'800.- au recourant à titre de dépens.
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

Irene PONCET

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