

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4036/2016

ATAS/421/2017

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

**Arrêt du 22 mai 2017**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à ANNEMASSE, France

recourant

contre

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

intimée

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

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1983, a été engagé par B\_\_\_\_\_ SARL (ci-après : l'employeur) en qualité de manœuvre aide-peintre à plein temps, à compter du 2 mars 2015. Son salaire était de CHF 30.50 par heure. A ce titre, il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 3 mai 2010, l'assuré a été victime d'une chute alors qu'il se rendait au travail. Le diagnostic de lumbago aigu avec sciatique secondaire a été retenu et un traitement conservateur avec anti-inflammatoires et myorelaxants a été introduit. Une incapacité de travail totale de travail a été retenue du 3 mai au 6 juin 2010.
3. Le 28 mars 2013, l'assuré a chuté dans des escaliers et est tombé sur son dos. La SUVA a pris le cas en charge jusqu'au 30 septembre 2013, date à laquelle elle a considéré que les troubles présentés par l'intéressé n'étaient plus en lien avec l'accident.
4. Le 2 février 2015, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).
5. Le 20 mars 2015, alors qu'il portait une plaque en métal sur un chantier, l'assuré a trébuché et chuté.
6. Le même jour, le docteur C\_\_\_\_\_, médecin généraliste en France, a attesté d'une incapacité totale de travail du 20 mars au 20 avril 2015. Par la suite, le Dr C\_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail à plusieurs reprises.
7. Le 27 mars 2015, l'employeur a annoncé l'accident à la SUVA. Il a précisé qu'en voulant éviter de casser la plaque qu'il portait, l'assuré s'était retourné en tombant et s'était tordu le dos, ce qui avait entraîné une inflammation.
8. Par courrier du 1<sup>er</sup> mai 2015, la SUVA a prié l'assurance perte de gain de l'employeur de verser momentanément ses prestations contractuelles à l'assuré, dans la mesure où elle ne disposait pas encore des éléments suffisants pour prendre une décision.
9. Dans un rapport du 12 mai 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de lombalgie aiguë. L'incapacité de travail était de 100% du 20 mars au 31 mai 2015. La reprise du travail était possible dès le 1<sup>er</sup> juin 2015. L'assuré avait chuté en portant une plaque. Il présentait des douleurs dans la région lombaire, sans irradiation dans la jambe. Aucun examen radiologique n'avait été conduit. Le traitement consistait en une prise de médicaments anti-inflammatoires myorelaxants et en des séances de kinésithérapie.
10. Par courrier du 20 mai 2015, l'assurance perte de gain de l'employeur a informé la SUVA qu'elle refusait de prendre le cas en charge. En effet, en 2013, elle avait signifié à l'assuré qu'il disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité

adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit un poste permettant d'éviter le port de charges très lourdes, ainsi que la position en porte-à-faux lombaire. Or, elle constatait que l'assuré exerçait toujours son activité habituelle et qu'il souffrait de la même affection qu'en 2013.

11. Par décision du 28 mai 2015, la SUVA a refusé de prester, considérant que l'événement du 20 mars 2015 n'était ni un accident, ni une lésion assimilée à un accident.
12. Le 5 juin 2015, l'assuré a formé opposition à la décision précitée en faisant valoir que sa chute du 20 mars 2015 devait être considérée comme un accident. Il a joint à son courrier une lettre de son collègue, expliquant la cause et le déroulement de son accident, ainsi qu'un rapport du Dr C\_\_\_\_\_, à teneur duquel les douleurs présentées par l'assuré étaient dues à sa chute au travail.
13. Le 22 juillet 2015, à la demande de la SUVA, l'assurance perte de gain de l'employeur lui a fait parvenir son dossier, lequel contenait notamment les documents suivants :
  - un rapport radiologique du 29 mars 2013 du docteur D\_\_\_\_\_, radiologue en France, ne faisant état d'aucune lésion osseuse ou des parties molles ;
  - un rapport du 22 juillet 2013 du docteur E\_\_\_\_\_, médecin généraliste en France, retenant un diagnostic de pincement discal L5-S1 consécutif à une chute. Une réorientation professionnelle était souhaitable ;
  - un certificat du Dr E\_\_\_\_\_ daté du 4 octobre 2013 attestant du fait que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait plus de pratiquer un travail impliquant une station debout prolongée, des changements de position itératifs, des ports de charges lourdes et des activités en extérieurs ;
  - un rapport du 7 novembre 2013 de la doctoresse F\_\_\_\_\_, rhumatologue, retenant le diagnostic de discopathie L5-S1 isolée, sans conflit disco-radiculaire et en phase stable. Cette atteinte était associée à un minime débord discal en L4-L5 en phase de stabilité, sans contact disco-radiculaire. L'assuré ne présentait aucune limitation fonctionnelle au jour de l'examen clinique. La capacité de travail dans l'activité habituelle était de 100 % dès le 7 novembre 2013 ;
  - un rapport du 29 novembre 2013 établi par le docteur G\_\_\_\_\_, rhumatologue en France, selon lequel l'assuré souffrait de lombalgies chroniques post-traumatiques, à la suite d'une chute dans des escaliers à son travail, le 28 mars 2013. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les antalgiques et la kinésithérapie avaient échoué. Le scanner lombaire du 5 juin 2013 montrait une discopathie L5-S1 discrète sans hernie discale. A l'examen, l'assuré présentait une raideur lombaire et une sensibilité musculaire paravertébrale, sans signe de Lasègue lombaire. Le Dr G\_\_\_\_\_ concluait à une lombalgie par insuffisance discale, dans un contexte d'accident du travail. Un traitement médicamenteux

était prescrit et il était recommandé à l'assuré de faire de la natation et de changer de travail.

14. Dans un rapport du 28 juillet 2015, le docteur H\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré que les troubles présentés par l'assuré étaient d'origine dégénérative. L'accident avait décompensé ces troubles de manière temporaire, étant précisé que le statu quo sine avait été atteint trois semaines après l'accident.
15. Par décision du 31 juillet 2015, la SUVA a pris en charge l'incapacité de travail et le traitement médical de l'accident du 20 mars au 21 avril 2015, considérant que le statu quo ante avait été atteint à cette date, au plus tard.
16. Le 20 août 2015, l'assuré a formé opposition à cette décision, au motif que les atteintes à sa santé mentale et physique étaient en lien de causalité avec son accident du 20 mars 2015. A l'appui de son courrier, l'assuré a notamment joint un rapport du 20 août 2015 établi par le Dr C\_\_\_\_\_, selon lequel l'intéressé présentait des douleurs persistantes au niveau du rachis lombaire et d'importantes répercussions psychologiques dues aux conséquences de son état de santé sur sa vie privée.
17. Le 6 octobre 2015, le Dr H\_\_\_\_\_ a requis que l'assuré produise tous les documents médicaux disponibles, en particulier son dossier radiologique.
18. Par courrier du 6 novembre 2015, la SUVA a informé l'assuré qu'elle annulait sa décision du 31 juillet 2015 et la procédure d'opposition y relative.
19. Le même jour, la SUVA a adressé à l'assuré un questionnaire à remplir.
20. Par courriel du 15 novembre 2015, l'assuré a adressé à la SUVA deux certificats médicaux établis par le Dr C\_\_\_\_\_. Le premier prolongeait son incapacité totale de travail du 16 septembre au 15 octobre 2015 et le second indiquait qu'une reprise du travail était possible à compter du 16 octobre 2015.
21. Le 7 décembre 2015, la SUVA a demandé à l'assuré des précisions au sujet de sa guérison et l'a prié de lui retourner le questionnaire du 6 novembre 2015, étant précisé que sans réponse d'ici au 28 décembre 2015, elle en déduirait que le cas était terminé.
22. Le 21 décembre 2015, l'assuré a indiqué que son traitement médical n'était pas terminé et que la prochaine consultation auprès du Dr C\_\_\_\_\_ aurait lieu le 15 janvier 2016.
23. Par décision du 28 décembre 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assuré. Ce dernier présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle depuis le 28 mars 2013, mais une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. L'aptitude à la réadaptation devait être considérée comme exigible dès le 7 novembre 2013. Le degré d'invalidité était de 10 %, donc insuffisant pour donner le droit à un reclassement professionnel ou à une rente.

24. Le 14 janvier 2016, l'assuré a transmis à la SUVA deux certificats médicaux du Dr C\_\_\_\_\_ attestant de son incapacité de travail du 11 décembre 2015 au 15 janvier 2016, puis du 16 janvier au 15 février 2016.
25. Dans un rapport du 22 janvier 2016, le Dr H\_\_\_\_\_ a considéré qu'un nouvel arrêt de travail dès le 11 décembre 2015 pour les suites de l'accident du 20 mars 2015 n'était, a priori, pas justifié. Le Dr H\_\_\_\_\_ relevait également ne pas être en possession d'information objective sur l'état de santé de l'assuré.
26. Le 8 février 2016, le Dr H\_\_\_\_\_ a relevé que l'assuré s'était engagé à fournir les renseignements médicaux dans le cadre de son opposition. Il convenait par conséquent de lui demander un rapport médical complet contenant l'histoire de son suivi médical.
27. Par courriel du 29 février 2016, l'assuré a transmis à la SUVA un rapport du 25 février 2016 établi par le Dr C\_\_\_\_\_. Ce dernier indiquait avoir suivi l'intéressé du 20 mars 2015 au 15 janvier 2016, en raison d'une lombalgie aiguë devenue chronique à la suite d'un accident du travail le 20 mars 2015. L'évolution avait été marquée par des douleurs importantes rendant impossible la poursuite de son activité habituelle. Son arrêt de travail avait été prolongé jusqu'au 15 février 2016.
28. Dans un rapport du 8 mars 2016, le Dr H\_\_\_\_\_ a relevé que l'accident du 20 mars 2015 était un traumatisme à faible énergie cinétique. Une information médicale radiologique était nécessaire. Un statu quo sine pouvait être fixé dès le 16 octobre 2015.
29. Dans une appréciation médicale du 13 juin 2016, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé que l'assuré avait présenté un lumbago aigu avec sciatique secondaire le 3 mai 2010. Une reprise de l'activité professionnelle avait été possible le 6 juin 2010. Le 28 mars 2013, il avait subi un traumatisme au dos, suite à une chute dans des escaliers au travail. Les effets sur son état de santé en lien avec cet événement avaient pris fin le 3 septembre 2013. Ainsi, l'assuré avait présenté plusieurs épisodes traumatiques de chutes sur le rachis lombaire. Le 20 mars 2015, sa chute avait été banale du point de vue de la hauteur et sans énergie cinétique élevée. Un tableau de lombalgies ancien avait été rendu symptomatique par cet événement. Six mois après l'accident, on pouvait dès lors conclure qu'il avait cessé ses effets délétères. Un statu quo sine était fixé à partir du 16 octobre 2015.
30. Par décision du 5 juillet 2016, la SUVA a mis fin à la prise en charge de l'incapacité de travail et du traitement médical de l'assuré avec effet au 24 juillet 2016. Les troubles qui subsistaient à ce jour n'étaient plus dus à l'accident, mais de nature malade. Selon l'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (statu quo sine) pouvait être considéré comme atteint le 16 octobre 2015 au plus tard. La prise en charge de l'incapacité de travail et du traitement ne relevait plus de sa compétence, mais de celle de l'assurance-maladie.

31. Par courriel du 8 août 2016, l'intéressé s'est opposé à ladite décision et a demandé un délai supplémentaire pour motiver sa position.
32. Le 30 août 2016, l'assuré a communiqué à la SUVA divers documents médicaux, soit :
- une radiographie du rachis lombaire et du bassin réalisée par la doctresse J\_\_\_\_\_ le 30 mai 2016, ne constatant aucune anomalie ;
  - un certificat du 25 juillet 2016 du Dr E\_\_\_\_\_ prolongeant l'incapacité de travail du 1<sup>er</sup> au 31 août 2016 ;
  - une IRM du rachis lombaire réalisée par la doctresse K\_\_\_\_\_ le 23 août 2016, concluant à un examen normal ;
  - un certificat du 25 août 2016 du Dr E\_\_\_\_\_, attestant, à la demande de l'intéressé, de la nécessité d'un reclassement professionnel ;
  - un certificat du même jour du Dr E\_\_\_\_\_, prolongeant l'incapacité de travail du 1<sup>er</sup> au 30 septembre 2016.
33. Le 16 septembre 2016, l'assuré a transmis à la SUVA la motivation à son opposition. En substance, ce dernier considérait que son état de santé était dû au fait que la SUVA lui avait refusé un reclassement professionnel après son accident en 2013, ce qui l'avait contraint à reprendre son activité habituelle, et à son accident du 20 mars 2015. Cette fois-ci il lui était impossible de reprendre son travail, sans risquer un nouvel accident. Il demandait la prise en charge de son cas au-delà du 24 juillet 2016, ainsi qu'une aide pour son reclassement.
34. Par décision sur opposition du 26 octobre 2016, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Le Dr I\_\_\_\_\_ était arrivé à la conclusion qu'à six mois de la survenue de l'accident, celui-ci avait cessé de déployer tous ses effets. L'assuré avait été victime d'une chute banale, sans hauteur et sans énergie cinétique élevée. Aucune complication de type sciatique n'avait été retrouvée. Les rapports produits par l'intéressé à l'appui de son opposition ne permettaient pas de mettre en doute l'avis du Dr I\_\_\_\_\_. De plus l'IRM du 23 août 2016 était sans particularité, de sorte qu'il était étonnant qu'il soit encore en incapacité de travail ou qu'il nécessite un reclassement professionnel. En tout état de cause, de telles mesures étaient du ressort de l'assurance-invalidité.
35. Par acte du 25 novembre 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision concluant au versement des prestations de l'intimée pour son accident du 20 mars 2015, ainsi qu'à l'octroi d'un reclassement professionnel. A la suite de son accident du 28 mars 2013, il avait présenté des douleurs de manière continue, malgré la décision de l'intimée de mettre fin à ses prestations dès le 30 septembre 2013. L'assurance perte de gain ne l'indemnisait plus car elle attendait de lui une reconversion professionnelle. La gravité de son cas était minimisée par l'intimée. Ses douleurs étaient persistantes et l'obligeaient à prendre des antalgiques, de sorte que les résultats de l'IRM du 23 août 2016 l'étonnaient.

36. Dans sa réponse du 2 février 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, considérant que les douleurs du recourant n'avaient aucune base objective. Pour parvenir à cette analyse, l'intimée s'est fondée sur une appréciation orthopédique du 2 février 2017 du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil auprès d'elle. Ce dernier a rappelé le contexte dans lequel son avis était requis, résumé les documents médicaux concernant le recourant depuis 2010 et le premier de ses trois accidents. Les examens radiologiques du 30 mai 2016 et l'IRM du 23 août 2016 permettaient de retenir l'absence de trousses pathologiques. Que ce soit en 2013 ou en 2015, aucun hématome n'avait été constaté en rapport avec les chutes. Aucune anomalie des parties molles n'avait été mise en évidence. On pouvait dès lors considérer que ces deux événements avaient été des traumatismes de faible énergie n'ayant entraîné aucun stigmate identifiable à l'inspection physique ou à travers les examens complémentaires. Depuis 2010, le recourant présentait une histoire de lombalgies chroniques fluctuantes s'exacerbant par des épisodes de chute de sa hauteur, ceci en présence d'un status à l'examen physique ou par imagerie dans les limites du physiologique, respectivement ne montrant pas de pathologie susceptible d'expliquer l'importance des lombalgies présentées après les chutes et surtout leur persistance plusieurs mois après celles-ci. En l'absence de pathologie sous-jacente et dans les suites d'un faux-pas avec distorsion puis contusion du dos sur chute (et quand bien même celle-ci n'était pas initialement référée), les examens complémentaires s'étant révélés parfaitement normaux, même en admettant une réaction musculaire importante, une résolution des troubles aurait dû intervenir en quelques jours ou quelques semaines, mais en tous les cas avant trois mois. Puisque toutefois il avait été ensuite considéré une rechute à court terme et qu'une nouvelle évaluation avait été effectuée, définir comme l'avait fait le Dr I\_\_\_\_\_ un statu quo sine atteint six mois après la chute de sa hauteur n'était certainement pas restrictif, compte tenu de l'état physique du recourant, de son âge et des résultats d'imagerie. Il convenait de valider ses conclusions. En l'absence de substrat organique, la source des lombalgies étaient à chercher avant tout dans les facteurs bio-environnementaux et psycho-sociaux. Aucune limitation n'entraîne en ligne de compte dans l'exercice de sa profession habituelle.
37. Un délai pour répliquer a été fixé au recourant.
38. Suite à l'absence de réplique, 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<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

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

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

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations au-delà du 24 juillet 2016. Il sera précisé ici que le reclassement professionnel demandé par le recourant n'est pas de la compétence de l'intimée, mais de l'OAI (art. 15 et ss de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20), lequel s'est déjà prononcé sur cette question dans sa décision du 28 décembre 2015.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

6. 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.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire

---

(statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après 3 ou 4 mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2).

8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la

description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

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

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4;

---

SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2,

---

U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

11. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).
12. a. En l'espèce, l'intimée a mis un terme à ses prestations au 24 juillet 2016, en se fondant sur l'avis du 13 juin 2016 Dr I\_\_\_\_\_, lequel considère que l'événement du 20 mars 2015 a cessé ses effets délétères six mois après sa survenue. Dans le cadre de la présente procédure, cet avis a été validé par le Dr L\_\_\_\_\_ dans son appréciation médicale du 2 février 2017.  
b. Les avis des Drs I\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ sont motivés de façon convaincante. Ils tiennent compte des plaintes du recourant, de tous les documents médicaux versés au dossier, dont les documents d'imagerie et les avis des médecins traitants du recourant, et leurs conclusions sont clairement motivées. Leur valeur probante doit ainsi être reconnue.

En particulier, le Dr L\_\_\_\_\_ a expliqué que les accidents de 2013 et de 2015 avaient été des traumatismes de faible énergie, qui n'avaient entraîné aucun stigmat identifiable par un examen clinique ou par imagerie. Aucun hématome ni aucune lésion des parties molles n'avaient été mise en évidence à la suite des chutes. Rien ne permettait d'expliquer l'importance des lombalgies présentées après les chutes, encore moins leur persistance plusieurs mois après. Ainsi, même en admettant une réaction musculaire importante, les troubles auraient dû disparaître après quelques jours ou quelques semaines, mais au plus tard trois mois après la chute du 20 mars 2015. Par conséquent, retenir un retour à un statu quo sine à six mois comme l'avait fait le Dr I\_\_\_\_\_ était cohérent, compte tenu de l'état physique du recourant, de son âge et des résultats d'imagerie. La source des lombalgies étaient à chercher avant tout dans les facteurs bio-environnementaux et

psycho-sociaux et aucune limitation n'entraîne en ligne de compte dans l'exercice de sa profession habituelle.

c. Pour sa part, le recourant conteste la suppression des prestations servies par l'intimée à partir du 25 juillet 2016. En substance, il soutient que ses douleurs sont liées à son accident du 20 mars 2015 et que l'intimée minimise son état de santé. Il s'appuie sur les rapports et certificats médicaux des Drs C\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.

En l'occurrence, les différents rapports et certificats de ces médecins ne sont pas motivés à satisfaction de droit, leur lecture ne permettant pas de comprendre précisément les sources et en quoi consistent les atteintes à la santé du recourant et leurs conséquences éventuelles sur sa capacité de travail. Dès lors, à défaut de valeur probante, ils ne sont pas suffisants pour remettre en cause les avis des Drs I\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_.

En outre, l'argumentation du recourant se limite en réalité à un raisonnement «post hoc, ergo propter hoc», qui ne saurait suffire à établir un lien de causalité entre ses lombalgies et l'accident du 20 mars 2015.

d) Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était en droit de mettre fin à ses prestations le 24 juillet 2015, soit plus de six mois après l'accident, sur la base des avis des Drs I\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, étant rappelé que d'après la jurisprudence, dans le cadre de lombalgies sans constatation d'aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après trois ou quatre mois (cf. consid. 7 supra).

13. Partant, le recours est rejeté et la décision litigieuse confirmée.

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

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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