

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4045/2015

ATAS/464/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 juin 2016

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ARCHAMPS, FRANCE,
représenté par LOYCO SA

recourant

contre

SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1960, travaille depuis le 1^{er} juin 1986 en tant qu'aide-géomètre pour le bureau B_____ SA (ci-après l'employeur) sise à Genève, et est assuré, à ce titre, contre les accidents professionnels et non professionnels par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (SUVA ; ci-après l'assureur).
2. Les 3 décembre 1998, 18 décembre 2005 et 5 mai 2011, l'assuré a subi des accidents, dont les suites ont été prises en charge par l'assureur.
3. Le 8 mars 2014, l'assuré a chuté à son domicile.
4. Le 11 mars 2014, une imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) a été effectuée en corrélation avec celle du dernier examen datant du 25 mai 2012. L'IRM illustre l'apparition d'une hernie discale L4-L5 intra-foraminale gauche avec comblement du trou de conjugaison L4-L5 gauche réalisant un conflit sur le trajet foraminaux de la racine L4 gauche. Par ailleurs, le reste du status lombaire ne démontre pas d'évolution significative par rapport au dernier comparatif du 25 mai 2012. On retrouvait la discopathie protrusive D11-D12 s'accompagnant d'une hernie discale intra-foraminale droite d'aspect inchangé avec rétrécissement modéré du fourreau dural en regard de l'espace inter-somatique D11-D12, aggravé par l'arthrose inter-facettaire postérieure et l'hypertrophie des ligaments jaunes associée. Par ailleurs, le radiologue a relevé l'absence de modification de la minime anomalie de signal intra-médullaire localisée en regard de D11-D12 qui ne présentait aucun caractère évolutif et aucun signe de rupture de la barrière hémato-encéphalique, d'allure séquellaire, compatible avec une séquelle de myélopathie (rapport de la doctoresse C_____, spécialiste FMH en radiologie).
5. Dès le 21 mars 2014, l'assuré a été en incapacité de travail totale.
6. Le 24 mars 2014, l'employeur a annoncé l'accident à l'assureur.
7. Par rapport du 17 avril 2014, le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur et chirurgien de la colonne vertébrale, a indiqué que depuis sa chute le 8 mars 2014, l'assuré avait décompensé une lombocruralgie gauche de territoire L4. Il présentait actuellement une hypoesthésie importante de territoire L4 sur la face antéro-interne de la jambe gauche et il marchait avec une canne depuis environ une semaine. L'IRM du 11 mars 2014 montrait effectivement la présence d'une hernie discale L4-L5 extra-foraminale à gauche qui se corrélait avec la symptomatologie de l'assuré. Étant donné que les symptômes duraient depuis environ trois à quatre semaines, le médecin ne pensait pas qu'il y avait d'urgence chirurgicale en l'absence de signe de gravité neurologique. Si la force venait à diminuer de manière importante, une indication chirurgicale serait à rediscuter.
8. Par rapport du 20 avril 2014, le Dr E_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, et médecin traitant, a noté que l'assuré était connu pour

des lombocruralgies gauches. Il décrivait une exacerbation interne des douleurs suite à l'événement traumatique. Le médecin a constaté un syndrome lombaire avec des signes d'irritation L4 gauche et a diagnostiqué une hernie discale L4-L5 extra-foraminale gauche. Le traitement conservateur se poursuivait.

9. Par avis du 16 mai 2014, le Dr F_____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de l'assureur, a indiqué qu'il était nécessaire de procéder à une enquête pour connaître notamment les antécédents présentés par l'assuré au niveau de sa colonne.
10. Le 11 juin 2014, l'assuré a expliqué à l'assureur que depuis 2004 environ, il avait commencé à ressentir des douleurs lombaires qui n'avaient fait qu'augmenter, mais qui s'étaient stabilisées au niveau de la fréquence et de l'intensité dès 2009 environ. Ces douleurs étaient apparues petit à petit sans un fait particulier. De 2004 à 2014, les Drs G_____ et E_____ l'avaient suivi. Des radiographies avaient été effectuées ainsi qu'une IRM et ils lui avaient prescrit des médicaments et de la physiothérapie. Il n'avait jamais été question de procéder à une intervention chirurgicale. Le 8 mars 2014, alors qu'il descendait les escaliers en chaussettes, sans tenir la main courante, il avait perdu l'équilibre et était tombé très lourdement sur le dos, sur la région lombaire gauche. Il avait dévalé les escaliers sur le dos environ sept à dix marches. Il avait consulté le Dr E_____ et un scanner avait été effectué. Le médecin lui avait prescrit des anti-douleurs et des anti-inflammatoires. Vers le 15 mars 2014, il avait voulu le mettre en arrêt de travail, mais l'assuré avait refusé. Le 20 mars 2014, il n'avait pas réussi à se lever du lit en raison des douleurs. Le Dr E_____ l'avait alors informé qu'il avait une hernie discale qui lui paralysait la jambe gauche. Il l'avait alors adressé au Dr D_____ qui lui avait prescrit de nouveaux anti-inflammatoires, des anti-douleurs, de la physiothérapie et des séances en piscine. Enfin, l'assuré a précisé que peu de temps avant l'accident, des radiographies lombaires avaient été effectuées dans le cadre d'un contrôle.
11. Le 13 juin 2014, le Dr F_____ a indiqué que l'accident était en relation de causalité probable avec les troubles présentés par l'assuré. A priori, il ne devait pas y avoir de problème quant à une reprise de travail ultérieure, étant précisé qu'il s'agissait d'une cruralgie.
12. L'assureur a pris en charge les suites du cas.
13. Par rapport du 26 juin 2014, le Dr D_____ a rappelé que l'assuré présentait une lombocruralgie gauche de territoire L4 sur hernie discale extra-foraminale L4-L5 gauche. L'assuré avait ressenti une amélioration fonctionnelle, mais une faiblesse persistait. Le médecin proposait la poursuite encore un mois de l'arrêt de travail et il reverrait l'assuré à ce moment-là pour une reprise professionnelle.
14. Par rapport du 22 septembre 2014 au Dr E_____, le Dr D_____ a expliqué qu'à six mois d'évolution d'une lombocruralgie gauche déficitaire sur hernie discale L4-L5 extra-foraminale, l'assuré ne présentait plus de cruralgie. Il avait récupéré sa

force, par contre il ressentait encore des lombalgies qui étaient maintenant au premier plan. Ses lombalgies diminuaient son endurance, mais il était capable de rester pendant plus d'une demi-heure assis et debout sans trop de difficulté. L'assuré pouvait reprendre son activité à 50% dès le 22 septembre 2014. Le médecin entendait le revoir dans deux mois pour une évaluation clinique et il convenait que le Dr E_____ revoie son patient entretemps pour discuter d'une éventuelle augmentation de la capacité de travail.

15. Dès le 22 septembre 2014, l'assuré a repris son activité lucrative à 50%.
16. Le 12 novembre 2014, le Dr D_____ a rappelé l'état de santé de l'assuré constaté au 18 septembre 2014. Le pronostic était bon.
17. Le 19 novembre 2014, le Dr F_____ a indiqué qu'il n'était pas nécessaire de convoquer l'assuré au vu des rapports du Dr D_____. L'assuré présentait des troubles dégénératifs aggravés temporairement par l'accident. Le pronostic était favorable, avec la persistance possible de lombalgies. Une reprise à plein temps était attendue. Le statu quo sine était fixé au 19 novembre 2014.
18. Le 27 novembre 2014, le Dr D_____ a attesté la poursuite de l'incapacité de travail à 50% du 21 novembre au 31 décembre 2014.
19. Par décision du 5 décembre 2014, l'assureur a mis un terme au versement des prestations avec effet au 12 décembre 2014. Les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident, mais étaient exclusivement de nature malade. L'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint au 19 novembre 2014 au plus tard.
20. Le 8 janvier 2015, l'assuré a contesté la décision et a sollicité la mise en œuvre d'une expertise.
21. Par rapport du 16 janvier 2015, le Dr F_____ a indiqué que l'assuré avait déjà présenté, suite à une chute le 28 décembre 2005, un traumatisme au niveau vertébral. Le bilan radiologique du 18 janvier 2006 avait mis en évidence un aspect irrégulier du plateau vertébral supérieur de L4 d'allure séquellaire avec un ostéophyte, une arthrose interfacettaire postérieure débutante au niveau L5-S1 et un pincement discal L3-L4.

Selon les déclarations de l'assuré, les douleurs au niveau du membre inférieur gauche n'avaient pas été d'apparition immédiate dans les suites de la chute. Par ailleurs, le médecin a relevé que le mécanisme de l'accident était purement mécanique, sans impact cinétique élevé puisque l'assuré ne portait pas de charge et qu'il avait simplement glissé en descendant un escalier. Il présentait en outre depuis plusieurs années des douleurs au niveau rachidien, de type lombalgies évoluant par crises modérées.

Selon le médecin, suite à la chute du 8 mars 2014, l'état antérieur avait été destabilisé de façon temporaire. La hernie discale était de façon probable préexistante à cet événement et avait été uniquement démasquée par celui-ci car on

ne retrouvait pas de critère clinique en faveur d'une hernie post-traumatique et la radiculalgie avait été d'apparition secondaire. Six mois après la chute, on pouvait conclure que celle-ci avait cessé ses effets délétères et un statu quo sine était fixé au 19 novembre 2014.

22. Sur un questionnaire daté du 30 janvier 2015, le Dr D_____ a indiqué que l'assuré était encore handicapé par des douleurs lombaires. Il était en traitement chez le Dr H_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et sa capacité de travail était de 50% depuis le 22 septembre 2014. L'assuré n'avait pas récupéré des douleurs et du handicap résultant de sa chute.
23. Dans un rapport du 31 mars 2015 adressé à l'assuré, le Dr J_____ , spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué qu'afin de déterminer si le statu quo sine des suites de l'accident de 2014 était atteint, il convenait de récupérer les pièces liées à l'accident du 3 décembre 1998 ainsi que de demander les antécédents auprès du Dr E_____ et des autres médecins consultés par le passé.
24. L'assuré a proposé à l'assureur qu'il examine une éventuelle rechute des accidents survenus en 1998 et/ou en 2011.
25. Le 18 septembre 2015, l'assureur a répondu que la décision du 5 décembre 2014 concernait exclusivement l'accident du 8 mars 2014. Quoiqu'il en soit, des troubles lombaires n'avaient pas été allégués suite aux accidents de 1998 et 2011.
26. Le 5 octobre 2015, l'assuré a maintenu son opposition. La preuve du statu quo sine n'avait pas été apportée. Une rechute de l'accident de 1998 était à instruire car suite à l'accident du 8 mars 2014, il avait également présenté des limitations au niveau du rachis. L'accident de 1998 avait probablement retardé la guérison, laquelle était actuellement favorable. Le plus simple était de fixer le statu quo sine au 31 décembre 2015.

L'assuré a joint un rapport du 11 août 2015 du Dr H_____, indiquant que l'évolution de l'état de santé de l'assuré était fluctuante. Il présentait une lombocruralgie gauche/lomboradiculaire L4 gauche, des paresthésies au membre supérieur gauche et une meilleure mobilité rachidienne. Une reprise à 65% était envisageable dès le 3 août 2015. Le traitement consistait en de la physiothérapie.

27. Par décision sur opposition du 19 octobre 2015, l'assureur a maintenu sa position. Le Dr F_____ avait indiqué, dans son rapport du 16 janvier 2015, que la hernie discale était de façon probable préexistante à l'accident et que la chute avait déstabilisé de façon temporaire l'état antérieur. L'assuré n'apportait aucun élément propre à remettre en cause les conclusions déterminantes du Dr F_____, d'autant moins que l'assuré semblait reconnaître que le processus de guérison était favorable. Enfin, la problématique d'une rechute de l'accident du 3 décembre 1998 dépassait le cadre du présent litige.
28. Par acte du 19 novembre 2015, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la

décision et à la mise en œuvre, par l'intimée, d'une expertise médicale. Le recourant a fait valoir que la preuve d'un statu quo sine n'avait pas été apportée car le rapport du Dr F_____ du 19 novembre 2014 ne remplissait pas les critères de valeur probante. Ce dernier n'avait pas cherché à connaître l'état antérieur à l'accident et notamment les atteintes importantes consécutives à l'accident de 1998. Par ailleurs, le recourant avait appris, à la lecture de la décision sur opposition, que le Dr F_____ avait établi un rapport en date du 16 janvier 2015. Quoi qu'il en soit, les avis divergents des Drs D_____ et I_____ n'avaient pas été discutés par le médecin d'arrondissement avant que l'intimée ne rende sa décision litigieuse. Sa prise de position n'était pas acceptable et la date du statu quo était arbitraire. Elle devait poursuivre le versement des prestations au-delà du 12 décembre 2014 et mettre en œuvre une expertise médicale.

29. Par réponse du 18 décembre 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours. Il était admis que suite à la chute, le recourant souffrait de douleurs lombaires et que de l'avis unanime des médecins, cette symptomatologie devait être mise en relation avec la hernie discale L4-L5. Cela étant, aucun médecin n'avait estimé que celle-ci aurait été causée par la chute et le Dr F_____ en avait exclu une origine accidentelle. On ne pouvait rien déduire du rapport du Dr D_____ du 30 janvier 2015 et l'avis du Dr I_____ n'avait jamais été adressé à l'intimée. L'événement accidentel avait donc cessé de déployer ses effets délétères six mois après sa survenance, ce qui était conforme à la pratique médicale entérinée par la jurisprudence. Enfin, le Dr F_____ avait pris en compte les atteintes à la santé antérieures à l'accident, soit celles documentées par l'IRM du 11 mars 2014.
30. Par réplique du 4 février 2016, le recourant a fait remarquer notamment qu'il n'avait jamais été question d'attribuer la hernie discale à l'accident du 8 mars 2014. L'avis du Dr F_____ du 16 janvier 2015 ne contenait que peu d'éléments quant à son état antérieur. Le recourant ne sollicitait pas une extension du litige aux conséquences de l'accident du 3 décembre 1998. Il demandait que l'intimée effectue une anamnèse complète et prenne en compte son état de santé antérieur, notamment celui consécutif à l'accident précité. Il ne comprenait pas comment la date du 19 novembre 2014 ou celle du 12 décembre 2014 avait été retenue et le médecin d'arrondissement ne l'expliquait pas.

Le recourant a ajouté qu'il avait demandé à l'intimée, en date du 16 décembre 2015, d'instruire une rechute/séquelles tardives de l'accident du 3 décembre 1998. Selon un courrier de l'intimée du 29 décembre 2015, versé à la procédure, celle-ci considérait avoir traité ces aspects dans le cadre de la décision litigieuse. Or, selon le recourant, l'intimée n'avait pas instruit cette question.

31. Par duplique du 1^{er} mars 2016, l'intimée a fait valoir que les troubles présentés par le recourant suite à la chute du 8 mars 2014 étaient imputables à la hernie discale L4-L5 documentée par IRM du 11 mars 2014 et apparue ensuite de l'imagerie réalisée en 2012. L'intimée prenait acte du fait que le recourant admettait la nature malade de la hernie discale. S'il avait pu décompenser cette atteinte dégénérative,

l'accident avait cessé de déployer ses effets délétères au jour de la suppression des prestations. Cette conclusion ressortait sans équivoque de l'appréciation du Dr F_____ du 16 janvier 2015. L'état antérieur du recourant n'avait pas été ignoré, puisque le médecin d'arrondissement s'était prononcé sur les atteintes litigieuses au regard également du résultat des examens radiologiques réalisés avant l'accident. Les névralgies présentées par le recourant étaient sans importance sur l'issue du litige puisque seules quelques lombalgies subsistaient depuis le 22 septembre 2014. Enfin, la question du droit aux prestations au titre de rechute de l'accident du 3 décembre 1998 allait être examinée dans une nouvelle décision.

32. Le 22 avril 2016, le recourant a versé à la procédure une copie des certificats établis par le Dr H_____ depuis janvier 2015, soit une capacité de travail nulle du 1^{er} au 19 janvier 2015, de 50% dès le 20 janvier 2015, de 65% dès le 17 août 2015, de 80% dès le 29 septembre 2015, de 60% dès le 11 décembre 2015 et de 100% dès le 1^{er} mai 2016. Selon le recourant, le statu quo sine vel ante pouvait être fixé au 30 avril 2016.
33. Le 13 mai 2016, l'intimée a fait valoir que les pièces produites par le recourant étaient sans pertinence pour l'issue du litige, tant elles étaient succinctes et peu circonstanciées.
34. Après avoir adressé une copie de cette écriture au recourant, la chambre de céans a gardé la cause 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 point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin à ses prestations au 12 décembre 2014, motif pris que le statu quo sine était atteint dès le 19 novembre 2014.
5. 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, 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).

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.

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).

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

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

La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, est remplacée par la présomption jurisprudentielle – qui se fonde sur la littérature médicale – selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002).

6. 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_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 et 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2).
7. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 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).

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

expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

8. 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).

9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe

tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'administration ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

10. Enfin, 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).
11. En l'occurrence, l'intimée est d'avis que l'événement accidentel du 8 mars 2014 a cessé ses effets délétères le 19 novembre 2014, ce que le recourant conteste.

Il résulte des pièces versées au dossier, que suite à la chute, le recourant a souffert de lombocuralgies gauches de territoire L4 (rapport du 17 avril 2014 du Dr D_____ et rapport du 13 juin 2014 du Dr F_____). Si l'IRM, réalisée le 11 mars 2014, a mis en évidence une hernie discale L4-L5 intra-foraminale gauche avec comblement du trou de conjugaison L4-L5 gauche réalisant un conflit sur le trajet foraminal de la racine L4 gauche (rapport de la Dresse C_____), aucun médecin ayant examiné le recourant n'a estimé que cette hernie aurait été provoquée par la chute. Le Dr F_____ a, à cet égard, dûment expliqué les raisons pour lesquelles la hernie était, de façon probable, préexistante à la chute (rapport du 16 janvier 2015), ce que le recourant admet.

En outre, il résulte également des pièces que la présence de la hernie L4-L5 se corrélait avec la symptomatologie du recourant, qui souffrait d'une lombocuralgie gauche de territoire L4 et d'une hypoesthésie importante de territoire L4 sur la face antéro-interne de la jambe gauche (rapport du 17 avril 2014 du Dr D_____). À cet égard, on relèvera que l'intimée a admis que la symptomatologie douloureuse présentée par le recourant suite à la chute devait être mise en relation avec la hernie discale révélée par l'IRM du 11 mars 2014 (écritures des 18 décembre 2015 et 1^{er} mars 2016).

Compte tenu de ces éléments, il y a donc lieu de retenir que la chute du 8 mars 2014 n'a pas provoqué la hernie discale L4-L5, mais l'a seulement déclenchée.

S'agissant du statu quo sine, le Dr F_____ a notamment relevé, dans ses avis des 19 novembre 2014 et 16 janvier 2015, que le bilan radiologique du 18 janvier 2006 avait mis en évidence des atteintes dégénératives. Suite à la chute du 8 mars

2014, l'état antérieur avait été déstabilisé de façon temporaire. Le pronostic était favorable, avec la persistance possible de lombalgies. Six mois après cet accident, on pouvait conclure que celle-ci avait cessé ses effets délétères et un statu quo sine était fixé au 19 novembre 2014.

Contrairement à ce que retient l'intimée, on ne saurait sans plus, admettre sur la base uniquement des rapports du Dr F_____, que la causalité a été rompue six mois après l'accident. En effet, on relèvera que ce médecin se réfère à un bilan radiologique réalisé le 18 janvier 2006, alors qu'il résulte des explications fournies par le recourant à l'intimée le 11 juin 2014, que des radiographies lombaires ont été effectuées peu de temps avant l'accident, lesquelles n'ont pas été versées au dossier. Par ailleurs, alors que le recourant a été suivi pendant plusieurs années pour des troubles lombaires, ses médecins traitants n'ont pas été interrogés sur les atteintes qu'il présentait avant l'accident. En outre, en estimant que la chute a cessé ses effets délétères après six mois, le Dr F_____ s'est prononcé *in abstracto*, sans tenir compte de la situation concrète du recourant. On soulignera que si l'expérience médicale peut certes entrer en considération dans l'établissement de la causalité naturelle, il importe toutefois que les enseignements tirés de cette expérience soient confrontés à la réalité du cas concret. Ainsi, les explications du Dr F_____ sur l'absence de lien de causalité entre l'accident et la hernie discale, ne suffisent pas pour affirmer que la chute a cessé de déployer ses effets sur l'état de santé et la capacité de travail du recourant au 19 novembre 2014. Le mécanisme de la chute, soit en particulier l'absence d'impact cinétique, et l'existence d'un état antérieur, ne constituent pas non plus des indices pertinents pour déterminer si le syndrome douloureux consécutif à l'accident a été éliminé. De même, le fait que le pronostic était favorable et qu'une reprise du travail était attendue, ne permet pas non plus de retenir que l'accident ne jouait plus de rôle dès le 19 novembre 2014, ce d'autant plus que des lombalgies, des lombocruralgies L4 gauche et une incapacité de travail semblent avoir perduré au-delà de cette date (rapport du Dr D_____ du 30 janvier 2015 et rapport du Dr H_____ du 11 août 2015). On rappellera à cet égard que lorsque, comme en l'occurrence, la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assureur-accidents doit prendre en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, on ne peut, sans autres vérifications, retenir que l'accident du 8 mars 2014 ne joue plus de rôle dans la symptomatologie douloureuse du recourant dès le 19 décembre 2014. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle ordonne un complément d'instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès d'un spécialiste en chirurgie orthopédique. Les conditions jurisprudentielles d'un tel renvoi sont d'autant plus remplies qu'une telle expertise n'a pas encore été mise en œuvre par l'intimée.

12. Vu ce qui précède, le recours est admis et la décision querellée annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

13. Représenté par un mandataire, le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
14. 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 et annule la décision sur opposition du 19 octobre 2015.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimée à payer au recourant la somme de CHF 2'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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