

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/769/2017

ATAS/1074/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 novembre 2017

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ATHENAZ (AVUSY), comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Damien
BOBILLIER

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré) travaille depuis janvier 1991 en qualité d'agent d'exploitation « 2 Step » auprès du département de l'aménagement, du logement et de l'énergie de l'État de Genève. À ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA ou l'assurance).
2. Le 21 novembre 2015, alors qu'il circulait à vélo, l'assuré a été percuté par un véhicule à la sortie d'un giratoire et projeté à terre, avec réception à plat sur le dos. L'accident, qui s'est produit à environ 20 km/h, a impliqué une faible cinétique. L'assuré s'est plaint de douleurs aux niveaux de la cheville droite et du dos, à l'endroit où il portait une bombe anti-crevaisson (dans la poche dorsale de son maillot de vélo ; cf. fiche d'intervention établie par les secouristes, pièce 34 rec.).
3. La SUVA a pris en charge les suites de cet accident.
4. Les premiers soins ont été prodigués par les médecins de la clinique de la Colline, qui ont notamment constaté des contusions multiples, un hématome épicondyle latéral droit, des douleurs et un hématome au niveau de la malléole droite, ainsi qu'un hématome de l'hallux droit.

Ont été pratiqués les examens suivants :

- des radiographies de la colonne dorsale et du coude droit, qui n'ont mis en évidence ni lésion traumatique osseuse, ni d'épanchement intra-articulaire ;
- un CT de la colonne dorsale, réalisé en raison d'un choc direct à la hauteur de D10, qui a montré un discret tassement de l'aspect antérieur du plateau supérieur de D10, associé à une petite solution de continuité non déplacée ;
- des radiographies du pied droit, qui n'ont révélé ni lésion traumatique osseuse, ni arthropathie significative.

Les médecins de la clinique de la Colline ont retenu le diagnostic de contusions multiples et mentionné la présence d'une fracture-tassement de D10 éventuellement ancienne. Ils ont prescrit à l'assuré du repos et des antalgiques. Un arrêt de travail total a été prononcé pour quatre jours à compter de l'accident.

5. L'assuré a ensuite été suivi par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne.

Celui-ci a relaté, dans un rapport du 26 février 2016, que selon les déclarations de l'assuré, ce dernier avait immédiatement ressenti des douleurs cervicobrachiales, lombaires et costales droites ainsi que des douleurs des orteils et de l'épaule droits.

Le médecin a retenu le diagnostic de contusions multiples (cervicales, lombaires, costales, orteils, épaule et omoplate droites) et prescrit à l'assuré une antalgie majeure et une infiltration lombaire par le docteur C_____, spécialiste FMH en neurochirurgie.

La durée de l'incapacité de travail devait être réévaluée.

6. Les sciatalgies droites ayant récidivé chez l'assuré, connu pour des antécédents de discectomie L5-S1 droite, une imagerie par résonance magnétique de la colonne lombaire a été réalisée le 7 janvier 2016, qui a montré la récurrence d'une petite hernie discale L5-S1 paramédiane droite discrètement luxée vers le bas, laminant de manière partielle la portion récessale de la racine S1 droite, sans franche compression radiculaire objectivable.
7. En raison d'une instabilité entre les vertèbres L5-S1 due à cette hernie discale récidivante, une intervention a été programmée pour le 11 avril 2016 et une demande de garantie a été adressée en ce sens à la SUVA, qui a refusé de se prononcer avant d'avoir procédé à des mesures d'instruction supplémentaires.
8. Dans un rapport à l'attention de la SUVA du 13 avril 2016, le Dr C_____ a posé le diagnostic de récurrence post-traumatique (chute du 21 novembre 2015) d'une hernie discale L5-S1 droite. Malgré les traitements conservateurs, il n'y avait eu aucune amélioration significative, raison pour laquelle une intervention (de type hémisection, discectomie et fusion L5-S1) avait été pratiquée le 12 avril 2016. Étant donné qu'il s'agissait d'un troisième épisode, il existait un risque de douleurs résiduelles.
9. Le dossier a été soumis au docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA. Celui-ci, dans son appréciation du 18 avril 2016, a considéré que les sciatalgies n'étaient pas mentionnées comme suites immédiates de la chute et que les critères de Krämer en faveur d'une hernie discale post-traumatique n'étaient pas réunis, compte tenu notamment des antécédents de discectomie lombaire à cet étage, dans le cadre d'une sciatique prise en charge par l'assurance-maladie. Si l'événement assuré avait déstabilisé de manière temporaire l'état antérieur au niveau du rachis lombo-sacré, le *statu quo sine* devait être fixé au 1^{er} avril 2016, soit avant l'intervention.
10. Par décision du 21 avril 2016, la SUVA, se référant à l'avis de son médecin d'arrondissement, a considéré que le lien de causalité entre l'accident et les troubles persistants avait été rompu en date du 1^{er} avril 2016 au plus tard, date à laquelle le *statu quo sine* avait été atteint. À compter de cette date, la prise en charge de l'incapacité de travail et du traitement relevaient de l'assurance-maladie.
11. Les 3 mai et 27 juillet 2016, l'assuré s'est opposé à cette décision en invoquant l'avis émis par le Dr B_____ dans un rapport du 14 juillet 2016.

Dans ce rapport, le médecin rappelait que l'assuré avait souffert, suite à l'accident du 21 novembre 2015, de multiples contusions (cervico-dorsales, lombaires,

costales, orteils et épaule droite) et d'une fracture-tassement de la 10^e vertèbre dorsale. La rachialgie S1 droite, bien que connue depuis 2010, était apparue en janvier 2016.

D'après l'anamnèse, l'assuré avait été opéré d'une hernie discale L5-S1 le 22 janvier 2010. Le 16 octobre 2012, il avait souffert d'une récurrence de cette hernie, reprise chirurgicalement le 12 avril 2016. L'assuré avait également été victime d'accidents les 23 janvier 2012 et 18 octobre 2014, qui avaient entraîné une déchirure du ligament collatéral du pouce droit, respectivement des contusions des premier et deuxième orteils du pied gauche.

Outre le rapport du Dr B_____ du 14 juillet 2016, l'assuré a également transmis à la SUVA les comptes rendus des radiographies (colonne dorsale et coude droit, pied droit, épaule droite, thorax, colonne lombaire), CT (colonne dorsale) et IRM (colonne lombaire) pratiqués les 21 novembre, 7 et 21 décembre 2015, 7 janvier, 15 avril et 18 juillet 2016.

12. L'assuré a complété son opposition par courrier du 15 décembre 2016 en concluant principalement à l'annulation de la décision querrellée, subsidiairement à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire ayant pour objectif d'examiner les questions du lien de causalité, de l'influence de l'éventuel état maladif préexistant et, cas échéant, du *statu quo sine*.

L'assuré relevait notamment que les douleurs lombaires mentionnées par le Dr B_____ dans son rapport du 26 février 2016 étaient apparues immédiatement après son accident et qu'elles avaient d'ailleurs été mentionnées par les médecins de la clinique de la Colline dans leur rapport initial du 25 février 2016. Lorsqu'il avait consulté le Dr C_____, le 29 janvier 2016, il lui avait également fait part de l'apparition post-traumatique immédiate d'une douleur paravertébrale droite ainsi que dans le mollet, ce qui laissait suspecter l'apparition de la hernie immédiatement après le traumatisme. Ainsi, contrairement à ce que le Dr D_____ avait retenu dans son appréciation du 19 avril 2016, les douleurs lombaires (sciatalgies) étaient apparues immédiatement après la chute.

Certes, il présentait des antécédents de sciatalgies. Toutefois, le Dr C_____ était d'avis que c'était le traumatisme qui avait déclenché la récurrence. D'ailleurs, après l'opération pratiquée en 2012, il n'avait plus ressenti ni gêne, ni douleur jusqu'à la survenance de l'accident de novembre 2015. Il avait été en mesure d'exercer, sans aucune limitation, son métier d'agent d'exploitation des services industriels de Genève (SIG ; contrôle des égouts), laquelle impliquait notamment des changements fréquents de position.

Lors de sa chute, il avait atterri sur le dos, sur la bobonne pour gonfler les pneus de vélo qui se trouvait dans la poche arrière de son maillot de cycliste. Cet élément n'avait pas été pris en considération par le Dr D_____, qui était parti de l'idée que son sac à dos aurait pu amortir le choc.

En conclusion, s'il existait certes une prédisposition à une récurrence, c'était le traumatisme qui était concrètement à l'origine de celle-ci.

À l'appui de sa position, l'assuré produisait notamment les réponses du Dr C_____ du 11 novembre 2016 à ses questions.

Selon ce médecin, le diagnostic exact était celui de lomboradiculalgie S1 droite, non déficitaire, résistante aux traitements conservateurs, sur récurrence de hernie discale L5-S1 droite post-traumatique. L'assuré avait décrit l'installation immédiate d'une douleur paravertébrale droite et dans le mollet droit. L'événement déclencheur de la récurrence de hernie discale, avec indication chirurgicale, était, selon une vraisemblance prépondérante, l'accident assuré. Le Dr C_____ partageait l'avis du Dr D_____ selon lequel l'accident assuré avait décompensé la pathologie lombo-sacrée. L'assuré souffrait d'une discopathie L5-S1 avec une fragilité de l'anneau fibreux et d'une dégénérescence du noyau pulpeux, de sorte qu'un traumatisme pouvait mener à une rupture de cet anneau et à l'extrusion d'un fragment herniaire. Il était toutefois clair que l'assuré présentait une prédisposition et qu'une hernie discale aurait également pu survenir sans traumatisme. Toutefois, dans son cas, c'était bien le traumatisme qui avait déclenché l'épisode, la douleur s'étant installée immédiatement après. Le syndrome douloureux persistant était en lien avec la nouvelle intervention, avec une cicatrisation encore en cours. Le pronostic était toutefois favorable, quand bien même le risque d'une douleur axiale résiduelle (sans irradiation) restait possible. Une fois la fusion lombo-sacrée établie, environ un an après la chirurgie, l'état de santé de l'assuré au niveau des vertèbres L5-S1 pouvait être considéré comme stabilisé. Un syndrome douloureux chronique pouvant interférer sur sa capacité de travail, notamment dans les activités physiquement demandantes, n'était pas exclu dans le futur, tout comme des limitations fonctionnelles (position assise prolongée et port de charges lourdes de plus de 20 kg). Le traitement consistait en prise de médicaments et rééducation physiothérapeutique.

13. Les pièces médicales produites par l'assuré ont été soumises au Dr D_____, lequel s'est prononcé le 20 janvier 2017.

Il ressort de son avis que les troubles au niveau du rachis dorsal (ou rachis thoracique selon certains auteurs) étaient au premier plan dans les suites de l'accident et avaient nécessité un examen scanner en urgence. Il avait toutefois fallu attendre un mois et demi pour réaliser une IRM de la colonne lombaire, alors qu'entretemps, un bilan pour des douleurs à l'épaule et au thorax avait été réalisé. Aucun élément du dossier ne permettait de considérer que les troubles au niveau du rachis lombaire et des signes de sciatique avaient été au premier plan et avaient nécessité un bilan IRM ou une consultation en urgence, la première consultation auprès du Dr C_____ ayant eu lieu plus de deux mois après l'accident.

En conclusion, le Dr D_____ a estimé que l'intervention réalisée (arthrodèse de type TLIF) constituait une indication parfaitement adaptée pour un cas de hernie

discale récidivante. L'impact initial était au niveau du rachis dorsal - non lombaire. Le premier examen spécialisé n'avait été réalisé qu'un mois et demi après la chute et qu'une consultation spécialisée n'avait eu lieu que deux mois après. Aucun des critères de Krämer n'était réuni en faveur d'une hernie discale post-traumatique : pas d'argument en faveur d'une sciatalgie immédiate - celle-ci n'étant pas mentionné dans le rapport de la clinique de la Colline, dont les médecins avaient établi un rapport bien détaillé mentionnant d'autres contusions et hématomes - ; pas de rachis sans antécédent, étant donné que l'assuré avait déjà subi une discectomie chirurgicale par le passé.

Dès lors, le Dr D_____ persistait dans ses conclusions quant à un *statu quo sine* au 1^{er} avril 2016.

14. Par décision sur opposition du 30 janvier 2017, la SUVA a confirmé sa décision du 21 avril 2016.
15. Le 3 mars 2017, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi des prestations d'assurance jusqu'au 28 février 2017, subsidiairement, à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire (orthopédique, neurologique et rhumatologique) visant à éclaircir les questions du lien de causalité, de l'influence de l'éventuel état maladif préexistant et, cas échéant, du *statu quo sine*.

À l'appui de son recours, l'assuré reprend les arguments d'ores et déjà invoqués dans son complément du 15 décembre 2016. Il fait valoir en substance que l'accident assuré était de nature à provoquer une hernie discale telle que celle dont il a souffert.

Il reproche par ailleurs au Dr D_____ de n'avoir pas motivé sa position quant à la fixation du *statu quo sine* au 1^{er} avril 2016, soit moins de six mois après l'accident.

16. Le 29 mars 2017, le recourant a encore produit, notamment :
 - une fiche d'intervention du service des urgences de la clinique de la Colline établie consécutivement à l'accident assuré, dont il ressort que le recourant a signalé des douleurs se localisant au bas du dos et des paresthésies ;
 - un courrier du Dr B_____ du 27 mars 2017, dans lequel celui-ci indique qu'il est possible que les douleurs lombaires aient été atténuées par le traitement antalgique initial ; l'assuré s'est toutefois plaint de manière prépondérante d'une sciatalgie L5-S1 droite vers fin décembre 2015 - début janvier 2016 ; c'est à ce moment qu'il l'a adressé au Dr C_____ ; selon le médecin, il n'est pas inhabituel, en cas de polytraumatisme, que le patient se plaigne davantage, dans un premier temps, de certaines parties du corps et que, par la suite, d'autres parties deviennent plus douloureuses, alors qu'elles ne s'étaient pas ou peu manifestées au début.

17. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 7 avril 2017 a requis, à titre préalable, la production de l'intégralité du dossier médical du recourant relatif à l'atteinte litigieuse et conclu, quant au fond, au rejet du recours.

Selon l'intimée, les appréciations de son médecin d'arrondissement doivent se voir reconnaître pleine valeur probante, contrairement à celles du Dr C_____.

Pour le reste, elle fait valoir que l'accident en lui-même est similaire à celui ayant fait l'objet d'un arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales en 2008, concernant un choc entre un vélo et une voiture, qualifié d'accident de peu de gravité. Elle en tire la conclusion que, puisque l'accident assuré doit être qualifié de « peu grave », une cause accidentelle à la hernie discale doit être écartée.

18. Le 9 mai 2017, le recourant a répliqué en persistant dans ses conclusions.

Il rappelle que l'intimée, dans un premier temps, a admis la prise en charge du sinistre mais qu'elle n'a émis des réserves que par la suite, le 29 mars 2016. Il lui reproche d'avoir fixé la date du *statu quo* au 1^{er} avril 2016 de manière totalement abstraite et sans considération de la jurisprudence topique.

Quant à son dossier médical, le recourant a fait remarquer qu'il portait sur une période antérieure à la décision sur opposition querellée, voire à la décision initiale ; qui plus est, la SUVA avait la faculté de réclamer elle-même l'intégralité du dossier à la clinique de la Colline.

Il considère que le Dr D_____ ne s'est pas fondé sur des considérations médicales, mais plutôt assécurologiques.

Quant à la jurisprudence invoquée par l'intimée, il considère qu'elle ne trouve pas application dans le cas présent, les circonstances n'étant pas les mêmes.

19. Ces écritures transmises à l'intimée, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. À 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 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront donc citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
5. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre un terme, avec effet au 31 mars 2016, à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières. Sont plus particulièrement litigieuses les questions de la causalité naturelle entre l'accident assuré et la hernie discale dont a souffert le recourant et celle de la date du retour à un *statu quo sine*.
6. 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 condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de

vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

7. a. 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).

b. 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).

c/aa. Selon la doctrine médicale, résumée par le Tribunal administratif du canton de Fribourg dans son arrêt du 11 juillet 2002 publié in RJ 2002 n° 1548 consid. 10, plusieurs critères doivent être cumulativement réalisés pour que l'origine traumatique d'une hernie discale puisse tout de même être retenue. Ces critères sont les suivants :

- Le mécanisme d'accident doit être adéquat et propre à causer une hernie discale (p. ex. chute d'une hauteur élevée, comportant une réclination massive du rachis lombaire, ou plus rarement une flexion de celui-ci).
- Les symptômes caractéristiques (lombosciatalgie) doivent apparaître immédiatement.
- Le patient doit être asymptomatique avant l'événement incriminé.
- Le segment impliqué doit présenter pour le moins sur le plan radiologique une structure intacte (absence de traces arthrosiques).

c/bb. Les médecins-conseils des assureurs-accidents ont eu l'occasion de résumer ces critères de la manière suivante, convaincante pour le Tribunal fédéral (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 4.1 et 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 6.2). Ainsi, pour admettre une relation de causalité pour le moins partielle (dans la mesure où généralement le disque est déjà porteur d'une altération dégénérative) entre un accident et le développement d'une hernie discale, il faut que trois critères soient remplis :

- il doit s'agir d'un mécanisme accidentel «adéquat», ayant induit une hyperflexion ou une hyperextension forcée du rachis;
- les symptômes caractéristiques (radiculaires ou médullaires) doivent apparaître immédiatement après le traumatisme;
- le patient doit être asymptomatique avant l'accident.

c/cc. Enfin, le Tribunal fédéral des assurances a résumé la situation dans un arrêt U 179/03 du 7 juillet 2004 (consid. 4.4.2). Il a considéré que des critères très stricts devaient être remplis pour que l'on admette une relation de cause à effet entre un accident et un prolapsus discal (traumatisme important sur le rachis en mesure de déchirer un disque sain, relation temporelle étroite avec apparition immédiate des douleurs après l'accident, anamnèse pré-traumatique vierge de tous symptômes, premières radiographies après l'accident sans aucune image d'altération dégénérative au niveau du segment concerné). Ces conditions ne sont pratiquement jamais remplies, hormis cas exceptionnels. Dès lors, il faut toujours se baser sur l'idée d'une aggravation transitoire et non définitive, même si la douleur apparue après un traumatisme accidentel suggère au patient un lien étroit, voire même étiologique entre le traumatisme et les symptômes. Si l'on doit admettre après un événement «adéquat» une influence étiologique partielle, il est recommandé de considérer que les troubles engendrés sont la conséquence d'un traumatisme pour une période s'échelonnant d'une demi-année à une année. En tout état de cause, un traumatisme agissant essentiellement ou avant tout en direction axiale, par exemple sous forme d'une chute de sa propre hauteur n'est pas considéré comme «adéquat». De surcroît, il est actuellement admis qu'une lombalgie chronique se développant après un traumatisme qui n'a provoqué aucune lésion structurelle au niveau du squelette axial ne doit pas être attribuée à une cicatrisation tissulaire insuffisante, mais bien plutôt au fait que la douleur est entretenue par d'autres facteurs, la plupart du temps sous forme de constellation psychosociale défavorable. Par ailleurs, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme.

8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références).
- 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 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. 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.

b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee).

Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

b/bb. 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 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).

b/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

9. a. 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 des parties 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).

b. 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).

c. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a 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. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe

de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

10. a. En l'espèce, se fondant sur les appréciations de son médecin conseil, l'intimée a mis un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières au motif, d'une part, que l'accident assuré n'avait fait que décompenser - et non déclencher - la hernie discale, d'autre part, que le *statu quo sine* avait été atteint le 1^{er} avril 2016. Pour sa part, le recourant est d'avis que la hernie discale dont il a été opéré le 12 avril 2016 a été causée par l'accident assuré, de sorte que l'intimée doit prendre en charge le traitement médical et verser les indemnités journalières jusqu'au 28 février 2017.

b. À titre liminaire, il convient de rappeler que le Tribunal fédéral admet qu'un accident assuré est susceptible de provoquer une hernie discale aux conditions suivantes : l'accident revêt une importance particulière, il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) sont apparus immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. La doctrine médicale, sur laquelle le Tribunal fédéral des assurances s'est notamment fondé, y ajoute encore les deux critères suivants : l'anamnèse pré-traumatique doit être vierge de tous symptômes et les premières radiographies après l'accident ne doivent pas montrer d'image d'altération dégénérative au niveau du segment concerné.

Il convient dès lors de déterminer si les conditions précitées sont réalisées dans le cas d'espèce.

b/aa. En premier lieu, l'accident doit être d'une certaine importance et de nature à pouvoir déchirer un disque sain. La doctrine médicale a ainsi considéré que l'accident en question devait entraîner une hyperflexion ou une hyperextension forcée du rachis (réclination massive du rachis lombaire, ou plus rarement une flexion de celui-ci ; cf. consid. 7c *supra*).

En l'espèce, au vu des faits relatés par les secouristes et les médecins de la clinique de la Colline, puis par l'assuré dans ses écritures, celui-ci a été éjecté de son vélo et est tombé, à plat dos, sur le kit de réparation situé dans la poche dorsale de son maillot. Au vu de cette description, il est patent que l'accident assuré n'a pas

entraîné de mouvement d'hyperextension ou d'hyperflexion du rachis lombaire, de sorte que le critère de la nature particulière de l'accident n'est pas réalisé.

b/bb. En second lieu, les symptômes caractéristiques (radiculaires ou médullaires) doivent apparaître immédiatement après le traumatisme. Force est de constater que les secouristes ont mentionné dans leur fiche d'intervention (pièce 34 rec.) l'existence de paresthésies, lesquelles sont susceptibles de constituer l'un des symptômes d'une radiculalgie. Les médecins de la Clinique de la Colline ont également évoqué, dans leur rapport, des douleurs diffuses, notamment au niveau lombaire, étant précisé, dans ce contexte, que les douleurs ne doivent pas forcément être aiguës pour que le critère des symptômes caractéristiques soit réalisé (voir en ce sens ATAS/716/2016 du 12 septembre 2016 consid. 11). Cependant, le Dr B_____ a expliqué que la radiculalgie S1 droite n'était apparue qu'en janvier 2016 (cf. son courrier du 14 juillet 2016), ce qui est synonyme d'une certaine latence. On ne sait ainsi pas si les signes relevés par les secouristes et les médecins de la clinique de la Colline doivent être attribués aux contusions ou s'ils faisaient déjà partie des symptômes typiques d'une hernie discale.

b/cc. Le Tribunal fédéral ne mentionne pas expressément la condition de l'anamnèse pré-traumatique vierge de tous symptômes dans ses considérants topiques. Cette condition est toutefois prévue par la doctrine médicale et a été retenue par le Tribunal fédéral des assurances dans un arrêt U 179/03 du 7 juillet 2004 (consid. 4.4.2), de sorte qu'il convient tout de même d'en tenir compte.

Or, force est de constater, dans le cas du recourant, que le celui-ci a déjà souffert d'une hernie discale localisée au même endroit, opérée en 2010 et 2012. Toutefois, selon les déclarations du recourant, son dos était asymptomatique avant l'accident. Dans la mesure où le dossier soumis à la Cour de céans ne contient ni l'IRM de la colonne lombaire pratiquée en 2012, ni d'éventuels rapports médicaux relatifs à l'état de santé du recourant postérieurement à la récurrence de 2012, il n'est pas possible de se prononcer sur le critère de l'« anamnèse pré-traumatique vierge de tous symptômes ».

b/dd. Enfin, concernant la condition des premières radiographies après l'accident sans aucune image d'altération dégénérative au niveau du segment concerné (absence de traces arthrosiques) - condition n'apparaissant pas dans les considérants topiques du Tribunal fédéral mais tout de même été retenue par le Tribunal fédéral des assurances dans un arrêt du 7 juillet 2004 (voir *supra*), force est de constater que l'IRM de la colonne lombaire réalisée le 7 janvier 2016 a mis en évidence une spondylodiscarthrose modérée en L5-S1. Ce quatrième critère n'est ainsi pas non plus réalisé.

b/ee. En résumé, il ressort des considérations qui précèdent qu'à tout le moins deux des critères ne sont pas réalisés, de sorte qu'il faut conclure que l'accident assuré n'était pas de nature à causer une hernie discale.

c. Cela étant, selon le Dr C_____, le recourant souffrait d'une discopathie S1-L5 antérieurement à son accident, ce qui impliquait une fragilité de l'anneau fibreux et une dégénérescence du noyau pulpeux. Pour ce médecin, l'accident pouvait constituer un traumatisme susceptible de mener à une rupture de cet anneau et à l'extrusion du fragment herniaire. En d'autres termes, pour le Dr C_____, l'accident a aggravé un état dégénératif préexistant.

Les antécédents du recourant n'ayant pas été investigués plus avant, on ignore quel était précisément l'état de son rachis avant l'accident assuré. Par ailleurs, le Dr D_____ ne s'est pas prononcé sur la question de l'aggravation d'un état dégénératif préexistant, hypothèse avancée par le Dr C_____. Il s'est contenté de conclure à une simple décompensation d'un état dégénératif antérieur avec un *statu quo sine* au 1^{er} avril 2016, soit moins de 4,5 mois après l'accident, sans motiver les raisons pour lesquelles il retenait cette date, en contradiction flagrante avec la présomption jurisprudentielle en la matière.

Il en découle que la Cour de céans n'est pas en mesure de déterminer si l'accident assuré a effectivement entraîné une aggravation d'un état dégénératif antérieur comme le soutient le Dr C_____ ou s'il a uniquement décompensé transitoirement un tel état, comme le défend le Dr D_____. Or, le retour à un *statu quo sine vel ante* n'est pas identique dans les deux cas : en cas de décompensation d'un état dégénératif antérieur, la présomption jurisprudentielle s'applique et l'on doit considérer que le *statu quo* est atteint après six à neuf mois, au plus tard un an après l'accident ; en cas d'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale (laquelle est établie, selon la jurisprudence, lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme), en revanche, l'assureur-accidents doit prendre en charge le traitement - et, partant, les éventuelles interventions chirurgicales - jusqu'à ce que le *statu quo sine vel ante* soit atteint, aucune présomption jurisprudentielle n'intervenant dans un tel cas.

En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire - de préférence sous forme d'expertise - sur la question d'une éventuelle aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant et sur la date du retour à un *statu quo sine*. En cas de décompensation d'un état antérieur, il appartiendra à l'expert d'expliquer de manière circonstanciée les motifs pour lesquels il convient, cas échéant, de s'écarter de la présomption jurisprudentielle (voir ATAS/873/2016 du 1^{er} novembre 2016, consid. 14).

11. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 30 janvier 2017 annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du

règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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 sur opposition du 30 janvier 2017.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser une indemnité de CHF 2'000.- au recourant, à titre de participation à ses frais et 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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