

GE_GERICHTE A/1548/2016 vom 22. Dezember 2016

GE Cour de justice, 2016-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1548_2016

FR: GE_GERICHTE A/1548/2016 du 22 décembre 2016

IT: GE_GERICHTE A/1548/2016 del 22 dicembre 2016

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN recourant contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS - SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1978, travaille en qualité d'indépendant dans le domaine de la vitrification de baignoires, douches et lavabos. En tant que chef d'entreprise, il s'est affilié contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la Caisse Nationale Suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungs-anstalt ; ci-après : la SUVA).! [endif]>! [if> 2. Le 15 mars 2015, l'assuré a fait une chute en snowboard avec impact sur les fesses.! [endif]>! [if> 3. Le 19 mars 2015, il s'est rendu aux urgences de la clinique des Grangettes, où le diagnostic de dorso-sciatalgie post-traumatique a été posé. La suite du traitement a été assurée par la docteure B_____, spécialiste FMH en médecine générale.! [endif]>! [if> 4. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du bassin du 1er avril 2015 a montré une enthésopathie des muscles fessiers dans la région latéro-trochantérienne, sans signe de rupture.! [endif]>! [if> 5. Par courrier du 11 avril 2015, la SUVA a indiqué qu'elle acceptait d'allouer à l'assuré des prestations d'assurance (indemnité journalière et prise en charge du traitement médical selon le tarif en vigueur) pour les suites de l'accident du 15 mars 2015 dès le 14 avril 2015.! [endif]>! [if> 6. Le 4 mai 2015, l'assuré a repris le travail à 50% puis à 100%, le 18 mai 2015. ! [endif]>! [if> 7. Le 1er juin 2015, l'assuré a été mis en arrêt de travail à 50%.! [endif]>! [if> 8. Le 10 juillet 2015, la Dresse B_____ a fait état de la persistance de douleurs au lever. ! [endif]>! [if> 9. Le dossier de l'assuré a alors été soumis au docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin d'arrondissement de la SUVA, qui, le 31 juillet 2015, a considéré que l'incapacité de travail était toujours justifiée pour les seules suites accidentelles et qu'il fallait escompter une reprise début septembre.! [endif]>! [if> 10. Une IRM du bassin et de la région lombaire pratiquée le 11 septembre 2015 a montré une volumineuse hernie lombaire latérale gauche à l'origine d'un conflit épидуро-radіculaire sur S1 gauche. En revanche, aucune fissure ou fracture au niveau du bassin n'a été mise en évidence. ! [endif]>! [if> 11. Par courriel du 25 septembre 2015, l'assuré a informé la SUVA que son médecin traitant l'avait adressé à un neurologue pour un traitement par infiltration en ajoutant qu'en dernier recours, en l'absence d'amélioration, il faudrait envisager une intervention chirurgicale.! [endif]>! [if> 12. Dans un courrier adressé le 1er octobre 2015 au médecin traitant, le docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, a rappelé que l'assuré, dans le contexte d'une chute accidentelle (il était tombé de sa hauteur sur sa fesse gauche) avait développé de violentes douleurs régionales qui, progressivement, avaient irradié dans le membre inférieur gauche (partie postérieure de la cuisse et de la jambe). La symptomatologie était devenue de plus en plus intense et le

handicap avait considérablement augmenté. Une IRM lombaire pratiquée en septembre avait montré une volumineuse hernie discale lombaire. 13. Le Dr D_____ a estimé qu'au vu de la taille de la hernie discale, celle-ci était probablement de consistance molle et n'avait que peu d'influence sur le tableau symptomatologique. Par contre, la palpation de points d'émergence du tronc sciatique au niveau du muscle pyramidal était franchement douloureuse. De ce fait, le médecin a indiqué qu'il avait tendance à banaliser l'image neuroradiologique et à favoriser toutes les techniques de stretching et la reprise lente d'activités physiques régulières. 13. Le dossier de l'assuré a été soumis une nouvelle fois au Dr C_____. Celui-ci, en date du 23 octobre 2015, a rappelé que l'assuré avait été victime d'une chute mécanique sept mois plus tôt, qui avait entraîné une douleur au niveau de la fesse et un hématome ; un bilan complémentaire avait mis en évidence une hernie discale en L5-S1 qui, de l'avis du spécialiste neurologue, ne jouait pas de rôle dans les symptômes de l'assuré. Le diagnostic de contusion au niveau du muscle pyramidal était retenu. Vu l'absence de lésion neurologique, on pouvait s'attendre à une reprise à 80% dès novembre, puis à 100% un mois plus tard. 14. Par courrier du 23 octobre 2015, l'assureur a fait savoir à l'assuré qu'il le considérait comme apte à travailler à 80% dès le 2 novembre 2015 et à 100% un mois plus tard soit dès le 2 décembre 2015. 15. Par courrier du 27 octobre 2015, le médecin traitant de l'assuré a manifesté son étonnement devant la position de la SUVA. Il a allégué que son patient souffrait encore de douleurs importantes au lever et qu'une reprise du travail ne semblait pas encore envisageable. 16. Le 28 octobre 2015, la SUVA a rendu une décision formelle aux termes de laquelle elle a considéré l'assuré apte au travail à 80% dès le 2 novembre 2015 et à 100% à partir du 2 décembre 2015. 17. Le 29 octobre 2015, par téléphone, l'assuré a manifesté son désaccord et informé la SUVA qu'une intervention était nécessaire. 18. Dans un rapport du 6 novembre 2015, les docteurs E_____ et F_____, chirurgiens, ont indiqué qu'ils proposaient une prise en charge chirurgicale, vu l'échec du traitement conservateur. En effet, la volumineuse hernie discale compressait la racine S1, ce qui provoquait une réaction inflammatoire de la racine en question. Ils ont également noté une dégénération discale Pfifferrmann de grade III au niveau L5-S1. 19. Par courrier du 10 novembre 2015, la SUVA a fait savoir à l'assuré qu'au vu du peu d'informations médicales en sa possession, elle se voyait obligée d'émettre des réserves sur la prise en charge de l'intervention chirurgicale prévue quelques jours plus tard. 20. Le dossier de l'assuré a été soumis une fois de plus au Dr C_____ qui s'est exprimé en date du 19 novembre 2015. Ce médecin a constaté que les critères de Krämer en faveur d'une hernie discale post-traumatique n'étaient pas retrouvés puisque la radiculalgie était apparue progressivement. Il en a conclu que le traumatisme avait mis en évidence une hernie discale qui était probablement préexistante à l'événement. Se référant à la littérature médicale, il a considéré que six mois après l'événement, le traumatisme avait cessé ses effets délétères et qu'un statu quo sine avait été retrouvé le 22 octobre 2015. 21. Le 20 novembre 2015, l'assuré a subi une intervention (micro-discectomie L5-S1 gauche). 22. Par décision du 24 novembre 2015, la SUVA a indiqué à l'assuré qu'elle considérait qu'il n'y avait aucun lien de causalité certain ou probable entre l'événement dommageable et les troubles ayant nécessité l'intervention chirurgicale. En conséquence de quoi elle considérait qu'à compter du 20 novembre 2015, l'incapacité de travail et le traitement médical n'étaient plus à sa charge mais à celle de l'assurance-maladie. Par courrier annexe du même jour, la SUVA a indiqué qu'au regard des renseignements supplémentaires en sa possession, elle

annulait la décision du 28 octobre 2015. 23. Le 27 novembre 2015, l'assuré s'est opposé à cette décision. 24. A l'appui de sa position, il a produit un rapport établi le 8 janvier 2016 par le Dr F_____. Celui-ci y indique que le traumatisme du 15 mars 2015 a eu comme conséquence une lombosciatalgie gauche invalidante qui a finalement nécessité une micro-discectomie neurochirurgicale à cause d'un volumineux séquestre L5-S1. Le médecin ajoute : « la découverte de la volumineuse hernie discale L5-S1 gauche, trouvée dans les suites de cette lombosciatalgie, s'est certainement formée suite au traumatisme. La corrélation anamnétique clinique et radiologique est évidente ». 24. L'assuré a repris son travail à plein temps à compter du 6 janvier 2016. 25. Le 25 janvier 2016, le Dr C_____ a persisté dans sa conclusion : la hernie discale était probablement préexistante à l'événement, celui-ci ayant simplement consisté à la mettre en évidence. Il a précisé que les hernies discales post-traumatiques sont de survenue exceptionnelle et n'apparaissent qu'après des traumatismes appuyés. Qui plus est, en l'occurrence, la sciatalgie avait été différée et d'installation progressive. 26. Le dossier a été soumis pour appréciation médicale aux doctresses G_____ et H_____, toutes deux spécialistes FMH en chirurgie, du département médecine des assurances de la SUVA (cf. leur rapport du 8 avril 2016). 27. Les médecins se sont livrés à une anamnèse et à un résumé des actes à leur disposition. Ils ont expliqué que, comme il n'est pas possible de faire la preuve de la nature traumatique d'une hernie discale, des critères ont été définis par Krämer, sur la base d'un consensus d'experts, afin d'essayer de déterminer au mieux si une hernie discale constatée dans les suites d'un accident est la conséquence directe de celui-ci ou non. Dans le cas présent, les médecins ont considéré que ces critères n'étaient pas réunis et en ont tiré la conclusion que le traumatisme n'a pu entraîner de manière probablement causale la lésion isolée du disque intervertébral constatée. Il a par ailleurs été souligné que par le passé, l'assuré avait déjà présenté, en 2008 et 2009, des discopathies cervicales et thoraciques ayant même motivé une intervention chirurgicale, ce qui faisait apparaître comme probable la présence d'un remaniement des disques intervertébraux au niveau lombaire également. En définitive, les médecins ont conclu au retour du statu quo sine au plus tard le 31 juillet 2015. 28. Par décision du 12 avril 2016, la SUVA a confirmé celle du 24 novembre 2015. 29. Se basant sur l'avis du Dr C_____, la SUVA a considéré que l'accident avait mis en évidence une hernie discale probablement préexistante à l'événement et que le statu quo ante vel sine avait été atteint six mois plus tard. Les critères de Krämer pour admettre une hernie post-traumatique n'étant pas remplis, l'assuré était invité à s'adresser à son assureur-maladie pour la suite de la prise en charge. La SUVA a encore précisé qu'elle renonçait à examiner les conditions d'une reformatio in pejus en l'occurrence. 30. Par écriture du 11 mai 2016, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que la SUVA soit condamnée à prendre en charge la suite de son traitement médical et à lui verser des indemnités journalières « depuis le 19 octobre 2015 », avec suite de frais et dépens. 31. En substance, le recourant conteste que l'accident dont il a été victime ne soit pas de nature à provoquer une hernie discale. Il invoque l'appréciation des HUG du 8 janvier 2016. 32. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 14 juin 2016, a conclu au rejet du recours. 33. L'intimé fait remarquer que le Dr F_____ se borne à expliquer que la hernie a été découverte dans le contexte des lombosciatalgies consécutives à l'accident. L'intimé souligne par ailleurs que l'assuré a déjà souffert de troubles de la colonne cervicale suite à un accident survenu en avril 2009. 34. Par écriture du 16 août 2016, l'assuré a complété son recours en demandant que soit mise sur pied une expertise judiciaire et en précisant qu'il demande que

l'intimée prenne son cas en charge jusqu'au 5 janvier 2016. Le recourant reproche à l'intimée de se baser sur l'appréciation médicale du 19 novembre 2015, établie uniquement sur la base du dossier, en particulier sur le rapport émis par un médecin d'arrondissement qui ne l'a pas examiné. Il produit un bref courrier du Dr F_____ du 17 mai 2016 indiquant que la décision de la SUVA ne le surprend pas, puisqu'il a déjà mentionné au patient qu'une hernie discale lombaire sans lésion supplémentaire n'est quasiment jamais considérée comme un traumatisme, mais comme un problème dégénératif. Le médecin ajoute que c'est parce que les douleurs sont apparues suite à la chute qu'il a néanmoins accepté d'écrire une lettre pour l'assurance-accident. 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. 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 bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre un terme à ses prestations au soir du 19 novembre 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. 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). 8. 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). 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). [endif]>[if> 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). 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). 10. En l'espèce, l'intimée a mis un terme à sa prise en charge au soir du 19 novembre 2015, date au-delà de laquelle elle a considéré qu'il n'y avait plus de lien de causalité naturelle entre les atteintes constatées et l'accident. Le recourant demande pour sa part que cette prise en charge soit prolongée jusqu'au 5 janvier 2016. [endif]>[if> En l'occurrence, tant le Dr C_____ que ses consœurs sont arrivées à la conclusion que l'accident avait mis en évidence une hernie discale probablement préexistante à l'événement. Le Dr C_____ a considéré que le statu quo ante vel sine avait été atteint à six mois. S'agissant du lien de causalité naturelle, il convient tout d'abord de souligner que le juge doit l'examiner en se fondant essentiellement sur les éléments

médicaux. Par ailleurs, ainsi que cela a été rappelé plus haut, 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. 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. Tel n'est manifestement pas le cas en l'occurrence. En effet, l'accident n'avait rien d'un traumatisme sévère puisque l'assuré a chuté de sa hauteur et que son squelette n'a pas été altéré. Aucune rupture n'a été constatée. A cet égard, les médecins de la SUVA ont expliqué de manière convaincante et motivée que lorsque la contrainte est modérée, respectivement lorsque le traumatisme est suffisamment important pour blesser mais reste d'énergie moyenne, c'est la partie centrale - c'est-à-dire celle se trouvant entre les deux plateaux du corps vertébral - qui absorbe l'énergie du traumatisme, ce qui se traduit par un tassement ; le disque, de par ses caractéristiques, ne subira dans ces circonstances aucun dégât. Cette fracture est ce qu'on appelle communément une fracture-tassement. Si l'on augmente la violence du traumatisme, on aura un éclatement vertébral avec fracture non seulement de la partie centrale mais également d'un ou des deux plateaux (fracture éclatement). Les hernies discales traumatiques sont donc des affections exceptionnelles tandis que la dégénérescence discale dont la hernie discale est une affection assez communément retrouvée, même chez des sujets asymptomatiques. En l'occurrence, le traumatisme subi n'apparaît pas adéquat, puisqu'on entend par là un traumatisme majeur à haute énergie, comme une chute de plusieurs mètres, une décélération importante ou encore, un mécanisme combiné de compression-extension. En outre, la radiculopathie n'est pas apparue immédiatement - dans les 48 à 72 heures suivant le traumatisme - mais plus tard et progressivement. Ce n'est d'ailleurs que six mois après l'évènement, en septembre 2015, que la hernie a été découverte. Le Dr D_____ considérait d'ailleurs qu'elle n'était pas à l'origine de la symptomatologie présentée par l'assuré. Enfin, les problèmes déjà rencontrés par le recourant au niveau de la colonne vertébrale en 2008 et 2009 (discopathies cervicales et thoraciques) rendent probable la présence d'un remaniement des disques intervertébraux au niveau lombaire également. D'ailleurs, le Dr F_____, en novembre 2015, mentionnait une dégénération discale de Pfifferrmann de grade III au niveau L5-S1, classification qui correspond à un remaniement du disque intervertébral d'origine malade. On relèvera par ailleurs que même le Dr F_____ a convenu, dans son courrier du 17 mai 2016, que sa position initiale - adoptée à la demande de l'assuré - est difficilement défendable. Il la justifie d'ailleurs par le fait que les douleurs sont apparues suite à la chute, ce qui revient à invoquer un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc », lequel ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Quant à considérer que l'accident a rendu symptomatique une hernie discale qui jusqu'alors était asymptomatique, la position consistant à considérer que le statu quo sine a été retrouvé au 31 juillet 2015 ou au 22 octobre 2015 et à tout le moins le 19 novembre 2015 - soit neuf mois après l'accident - est conforme à la jurisprudence rappelée supra. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.