REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/2554/2005** **ATAS/468/2006**

# ARRET

# DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

## Chambre 4

## du 3 mai 2006

En la cause

| | |
|---|---|
| Monsieur T_____, domicilié CHENE-BOURG, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître GABUS Pierre | recourant |

contre

| | |
|---|---|
| SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE, comparant par Maître ELSIG Didier, avenue de la Gare 1, case postale 489, 1001 LAUSANNE, en l'Etude duquel elle élit domicile | intimée |

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Mesdames Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges**

## EN FAIT

1. Monsieur T_____, né le 1985, effectuait depuis le 1er septembre 2001 un apprentissage d'ébéniste au CEPTA. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après la SUVA).

2. Le 11 novembre 2002, alors qu'il circulait à moto, il fut percuté par un scooter et chuta sur la chaussée. L'assuré a été en incapacité de travail à 100 % depuis cette date et la SUVA a pris en charge le cas.

3. Dans son rapport du 20 décembre 2002 à la SUVA, le Docteur A_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics de contusions lombaires et de spondylolisthésis L5-S1 du premier degré, découvert sur les radiographies à la suite de cet accident. Les lésions lombaires étaient uniquement dues à l'accident. Il a prescrit des anti-inflammatoires, des myorelaxants, de la physiothérapie et un corset lombaire. L'assuré était en incapacité de travail à 100 % depuis le 11 novembre 2002.

4. Le 7 mars 2003, le Docteur A_____ a adressé un rapport intermédiaire à la SUVA dans lequel il relevait que pour l'instant l'évolution était défavorable avec persistance des douleurs et précisait que le corset était inefficace. Il prévoyait une indication opératoire probable.

5. L'assuré a été vu le 8 avril 2003 par le Docteur B_____, spécialiste FMH en neurochirurgie. Ce médecin a confirmé l'indication opératoire, en précisant qu'après six mois d'évolution sans amélioration sous traitement conservateur, il était justifié de lui proposer une chirurgie de stabilisation, ce d'autant plus qu'il suit une formation d'ébéniste. Sans intervention, il n'y a pratiquement aucune chance qu'il puisse poursuivre cette formation. D'ailleurs, même avec une intervention, il n'est pas garanti qu'on puisse lui éviter une reconversion professionnelle.

6. Le Docteur C_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré le 28 avril 2003. Il relève que lors de l'accident, le dos du patient a frappé directement le bord d'un trottoir. Il a conclu qu'en raison de la déstabilisation définitive d'un état antérieur, la responsabilité de la SUVA restait engagée pour l'intervention chirurgicale proposée et confirmée par un second avis.

7. L'assuré a été opéré par le Docteur A_____ le 16 mai 2003. Dans son rapport à la SUVA du 8 août 2003, le médecin traitant notait une évolution favorable deux mois après spondylodèse intersomatique et stabilisation. Le traitement en cours consistait en de la physiothérapie en piscine et protection par port d'un corset. Une reprise de travail était prévue pour le 15 septembre 2003.

8. L'assuré a repris en septembre 2003 une activité professionnelle en qualité d'apprenti ébéniste auprès de l'entreprise X_____.

9. Le 17 novembre 2003, le Docteur A_____ a établi un rapport à l'attention de la SUVA, aux termes duquel l'état de santé était globalement favorable, mis à part un lumbago après un effort au travail le 7 novembre 2003 ayant motivé un arrêt de travail de courte durée et un traitement anti-inflammatoire. Une reprise de travail était prévue le 10 novembre 2003. Dans un rapport ultérieur du 18 janvier 2004, le médecin traitant a précisé qu'il y avait amélioration sensible, mais aussi une réapparition des douleurs à l'effort.

10. Depuis lors, plusieurs tentatives de travail se sont révélées infructueuses. Le 3 juin 2004, le Docteur A_____ indiquait que l'évolution était pour l'instant défavorable en raison de la persistance de douleurs lombaires et qu'une reconversion professionnelle était en cours d'organisation par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité. L'assuré était toujours en incapacité de travail.

11. Le 14 juin 2004, l'assuré a été victime d'un nouvel accident de la circulation ; alors qu'il se trouvait au volant d'une voiture, il a été percuté par l'arrière. Les suites de cet accident ont été des cervicalgies et l'exacerbation des lombalgies présentes depuis la spondylodèse.

12. Sur proposition du médecin d'arrondissement de la SUVA, l'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) du 8 septembre 2004 au 1er octobre 2004 pour un bilan multidisciplinaire, une rééducation fonctionnelle et une évaluation des capacités fonctionnelles. Dans son rapport du 28 octobre 2004, la CRR relève que cliniquement, l'examen lombaire est normal, montrant une bonne mobilité du rachis. Les radiographies du rachis lombaire post-opératoire montrent un montage sans aucune anomalie. Sur le plan thérapeutique, le patient a suivi une physiothérapie intensive avec comme objectif principal de favoriser et d'augmenter le niveau d'activité. Une mobilité complète et une aisance dans toutes les activités proposées a été observée. Il est relevé que le patient se plaint d'une douleur lombaire persistante, insomniante, qu'il ne parvient à atténuer transitoirement que par la consommation de cannabis. L'incapacité de travail est totale dans l'activité d'ébéniste, mais une capacité de travail totale a été retenue dans une autre activité, telle que celle de ferblantier-appareilleur dès le 11 octobre 2004. L'assuré a fait l'objet d'un consilium psychiatrique le 10 septembre 2004. Le Docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu comme diagnostic une toxicomanie au cannabis, sans autre diagnostic psychiatrique, qui n'engendrait pas d'incapacité de travail. Il a préconisé un suivi psychologique ambulatoire dans le sens d'une gestion de la douleur et un traitement à but antalgique.

13. En raison d'une recrudescence des douleurs à la sortie de la CRR induisant une incapacité de travail, l'assuré a été examiné le 10 décembre 2004 par le Docteur D_____, chirurgien et médecin d'arrondissement de la SUVA. Il a relevé à l'examen clinique un syndrome vertébral apparemment aggravé qui a nécessité de nouvelles infiltrations et traitements interventionnels antalgiques chez le Docteur E_____. Le médecin a proposé de revoir le patient deux à trois mois plus tard, afin de connaître les effets du traitement.

14. Une première séance d'infiltration articulaire a été pratiquée le 16 décembre 2004, qui n'a eu aucun succès. Dans un rapport du 11 mars 2005 à l'attention du médecin conseil de la SUVA, le Docteur A_____ a exposé qu'une discographie L4-L5 pratiquée le 9 février 2005 a confirmé la responsabilité probable du disque L4-L5 dans l'instabilité et qu'il fallait en conclure qu'il s'agissait d'une décompensation du disque susjacent à la spondylodèse. Il ne s'agissait pas d'une conséquence directe de l'accident, mais il fallait cependant examiner la possibilité d'une nouvelle intervention qui viserait à prolonger la spondylodèse d'un niveau vers le haut.

15. La SUVA a soumis le dossier de l'assuré au Docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour appréciation. Dans son avis du 30 mars 2005, ce dernier a relevé que le patient avait semble-t-il des problèmes à réussir sa réintégration professionnelle dans une activité relativement astreignante comme celle d'un ébéniste ou de ferblantier-appareilleur. D'autre part, l'assuré présente un autre problème de santé, l'abus de cannabis. Sachant que la consommation était antérieure à l'accident et qu'il n'est de loin pas démontré que le cannabis soit un analgésique plus efficace que le placebo (selon une étude faite par les anesthésistes de l'Hôpital de l'Ile à Berne), dans le traitement des douleurs chroniques, l'allégation du patient selon laquelle cette drogue soulage efficacement ses lombalgies doit être appréciée « cum grano salis ». En conclusion, le Docteur F_____ a déclaré qu'il ne pouvait se rallier à la proposition du Docteur A_____ de soumettre l'assuré à une nouvelle intervention sur le rachis ; il y avait en effet trop de points obscurs quant à l'évolution et d'incertitude quant au résultat qui pourrait être escompté, après l'échec subjectif de la première intervention, pour que l'on puisse la recommander. Le médecin de la SUVA proposait en conséquence une prise en charge rapide par les spécialistes de l'AI afin qu'ils évaluent quelles sont les facultés physiques et intellectuelles que le patient pourrait investir lors de l'apprentissage d'une nouvelle activité.

16. Par décision du 6 avril 2005 notifiée à Maître Pierre GABUS, conseil de l'assuré, la SUVA a refusé de prendre en charge la seconde intervention.

17. Le 20 avril 2005, l'assuré a été examiné par le Docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin d'arrondissement de la SUVA.

18. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré a formé opposition le 6 mai 2005, faisant valoir que la seule appréciation du Docteur F_____, qui ne l'avait au demeurant pas examiné, ne saurait faire échec aux avis des Docteurs A_____ et E_____, aux termes desquels l'opération envisagée est adéquate pour traiter la lésion qu'il a subie consécutivement à l'accident.

19. Le 30 mai 2005, la SUVA a rejeté l'opposition, au motif que selon l'appréciation du Docteur F_____, qui est convaincante, l'intervention ne constitue pas un moyen adéquat pouvant vraisemblablement amener à la guérison de l'atteinte à la santé, dès lors que la première opération n'a pas amené pour l'assuré la suppression escomptée des douleurs permanentes et lancinantes au rachis.

20. Représenté par son conseil, l'assuré a interjeté recours en date du 15 juillet 2005. Il conteste les conclusions de la SUVA, en relevant que la première opération avait bien été utile, puisqu'elle lui avait permis de reprendre le travail. Ce n'est qu'après la reprise de travail à plein temps qu'il a effectué un faux mouvement, à la suite duquel les douleurs ont été exacerbées, entraînant une nouvelle incapacité de travail. De plus, un second accident de circulation a ravivé les douleurs et il n'a plus été en mesure de reprendre son activité, en raison d'une instabilité du disque L4-L5. C'est pour cette raison qu'une nouvelle intervention a été proposée par les Docteurs A_____ et E_____, suite à des examens approfondis. Cette intervention est adéquate et doit être prise en charge par la SUVA comme conséquence de l'accident du 11 novembre 2002.

21. La SUVA a mandaté Maître Didier ELSIG pour la représenter dans la présente procédure. Dans sa réponse du 14 septembre 2005, elle relève qu'au vu du jeune âge de l'assuré et de sa fragilité psychique, la solution préconisée par la CRR et son médecin-conseil est la plus sage. Le pronostic de la nouvelle intervention chirurgicale envisagée par le médecin traitant est pour le moins incertain et défavorable, de sorte que celle-ci n'est pas susceptible d'améliorer son état de santé au degré requis de la vraisemblance suffisante. La SUVA se réfère à l'avis de son médecin-conseil, qui doit être préféré à celui du médecin traitant. Elle conclut au rejet du recours, sous suite de dépens.

22. Par réplique du 7 octobre 2005, le recourant demande l'audition des médecins qui ont été appelés à se prononcer et conclut à ce que l'intervention soit prise en charge par la SUVA. Il produit un certificat établi le 27 septembre 2005 par le Docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, dont il résulte qu'un nouveau traitement chirurgical pourrait être envisagé, soit une augmentation de la fixation jusqu'à L4 ou la mise en place d'une prothèse discale L4-L5. Ce médecin précise que dans les deux cas il s'agit d'une intervention majeure et que l'extension de la stabilisation risque d'être la source d'une décompensation au long terme de

l'étage sus-jacent. D'un autre côté, chez un patient jeune, les connaissances quant à la survie d'une prothèse discale ne sont actuellement pas connues à plus de 10 ans. C'est pourquoi il a discuté lors de la dernière consultation de la possibilité malgré tout de considérer le port d'un corset lombaire sur une longue période, afin d'espérer que la situation se stabilise d'elle-même. Sur le plan assécurologique, il relève que l'on se trouve en présence d'une décompensation sus-jacente à une spondylodèse trois ans après l'intervention ; dans ces conditions, il lui semblerait raisonnable que l'assurance accident continue à prendre en charge ce problème.

23. Invitée à se déterminer, la SUVA relève dans ses conclusions du 4 novembre 2005 que le Docteur H_____ a précisé que les interventions possibles sont des interventions majeures et a énuméré les principaux risques qui pourraient en résulter. Il préconise d'ailleurs le port d'un corset. La SUVA se fonde sur les avis des Docteurs F_____, I_____, J_____, K_____ et D_____ qui se recoupent avec celui du Docteur H_____ et considère, eu égard aux importants risques liées aux interventions proposées, qu'elles ne sont pas susceptibles d'améliorer l'état de santé de l'assuré au degré requis de la vraisemblance prépondérante.

24. Les écritures de la SUVA ont été communiquées au recourant le 8 novembre 2005.

25. Pour le surplus, les divers allégués des parties ainsi que les éléments pertinents résultant du dossier seront repris, en tant que de besoin, dans la partie en droit ci-après.

## EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

   En dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (cf. art. 106 LAA). En l'espèce, le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits, est recevable.

4. L'objet du litige porte sur la question de savoir si l'intervention chirurgicale proposée par le médecin traitant du recourant constitue un traitement approprié ou non.

   Conformément à l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Ce droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA); dès que la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) ne sont plus accordées à son bénéficiaire qu'aux conditions de l'art. 21 al. 1 LAA. Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (cf. ATF 116 V 45 consid. 3b).

   En l'occurrence, aucune décision concernant le droit à la rente n'a été rendue de sorte que c'est au regard de l'art. 10 al.1 LAA qu'il y a lieu de déterminer si l'assurée a droit à la prise en charge des frais relatifs aux traitements médicaux.

   Dans cette éventualité, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 61 p. 29). La preuve de ce fait qui doit être établi avec une vraisemblance suffisante est rapportée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (cf. arrêt C. du 17 juin 2002, U 252/01 consid. 3a; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 274 ch. 1 et 2).

5. Il résulte des pièces du dossier que le recourant a subi une première intervention en mai 2003, dont les suites avaient été favorables, puisqu'il avait pu reprendre son activité le 15 septembre 2003. Il avait toutefois déclaré à la SUVA le 19 mars 2004, que les douleurs qu'il ressentait avant l'opération n'avaient pas diminué après cette intervention. D'autre part, des efforts effectués sur le lieu de travail le 7 novembre 2003 avaient à nouveau aggravé ses douleurs lombaires.

   Le Docteur A_____, médecin traitant, a confirmé dans son rapport du 11 mars 2005 à la SUVA que dans un premier temps, l'évolution avait été favorable après l'opération pratiquée en mai 2003. Puis, suite à un faux mouvement, les douleurs ont été exacerbées et n'ont pas cédé aux traitements conservateurs. La discographie pratiquée le 9 février 2005 a confirmé la responsabilité probable du disque L4-L5 dans l'instabilité et la symptomatologie du patient; en présence d'une décompensation du disque sus-jacent à la spondylodèse, il a proposé d'effectuer une nouvelle intervention qui viserait à prolonger la spondylodèse d'un niveau vers le haut par une stabilisation de type dynamique sans greffe osseuse. Le Tribunal de céans remarque cependant que le médecin traitant ne se prononce pas sur l'effet dans le temps de l'amélioration escomptée.

   Pour leur part, les Docteurs I_____ et J_____ de la CRR notent dans leur rapport du 19 octobre 2004 que l'assuré présente des plaintes douloureuses en discordance importante avec les éléments somatiques objectifs. Du point de vue strictement biomédical et biomécanique, le dos de l'assuré est capable d'assumer les efforts à fournir dans une vie professionnelle et récréative normale. Ils ont par ailleurs relevé que le montage chirurgical est anatomiquement parfait et tout à fait stable. De même, le Docteur C_____ de la CRR avait adressé un courrier à l'assuré en date du 1er octobre 2004, l'informant que de l'avis des médecins de la CRR, il fallait renoncer à une piste biomédicale et chirurgicale en particulier pour faire face au problème posé par ses maux de dos, car les examens cliniques et radiologiques étaient tout à fait rassurants. Il soulignait que des difficultés psychologiques avec l'accident avaient été retenues, notamment le fait que le recourant ne l'avait pas accepté et qu'il était très en colère face à la personne responsable.

   Dans son appréciation médicale du 30 mars 2005, le Docteur F_____, médecin conseil de la SUVA, a rappelé que le patient avait déclaré que les douleurs qu'il éprouvait avant l'opération ne s'étaient pas modifiées après l'intervention. Il fallait évoquer un échec subjectif complet de la spondylodèse pratiquée, alors même que la spondylodèse circonférentielle réalisée par le Docteur A_____ assure la meilleure stabilité possible au segment fusionné. Des complications opératoires significatives, telle qu'une pseudartrhose ont pu être écartées. S'agissant de la discographie pratiquée par le Docteur E_____, il déclare que selon la littérature, il s'agit de "one of the most controversial diagnostic test" pour éprouver l'indication à la pratique d'une spondylodèse. De plus, l'IRM réalisée est

réconfortante : le disque L4-L5 n'est ni gris, ni noir et il n'y a pas au niveau des plateaux vertébraux de signes inflammatoires selon Modic. Ces éléments suggèrent que la thèse d'une discopathie symptomatique L4-L5 est insuffisamment étayée pour permettre de poser l'indication d'une nouvelle spondylodèse. Enfin, dès lors que l'assuré a déclaré que les douleurs étaient restées les mêmes après l'opération, il est encore plus aléatoire d'impliquer le disque L4-L5 à leur source. Le Docteur F_____ a conclu qu'il ne pouvait se rallier à la proposition faite par le médecin traitant de soumettre l'assuré à une nouvelle intervention sur le rachis. Il y a en effet trop de points obscurs et non éclaircis sur l'évolution et d'incertitude quant au résultat qui pourrait être escompté des suites de cette deuxième opération, après que la première déjà se soit soldée par un échec subjectif retentissant, pour que l'on puisse la recommander.

6. Le recourant conteste les conclusions du Docteur F_____, au motif qu'il ne l'a pas examiné et que son avis ne saurait en aucun cas prévaloir sur celui du Docteur A_____. Il se réfère également au rapport du Docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 27 novembre 2005, selon lequel une seconde intervention chirurgicale serait de nature à réduire les douleurs par la mise en place d'une prothèse ou l'augmentation de la fixation jusqu'à L4.

   L'argumentation du recourant ne saurait être suivie. En effet, il y a lieu de rappeler préalablement qu'en ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

   Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67). En effet, selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La

règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2).

Le Tribunal de céans constate que le Docteur F_____ a exposé de façon circonstanciée et convaincante les raisons pour lesquelles il estime qu'une nouvelle intervention chirurgicale ne serait pas à même d'améliorer l'état de santé du recourant, eu égard notamment à l'incertitude prévalant quant au résultat escompté. Il a proposé plutôt une prise en charge par l'AI afin que les spécialistes puissent faire des observations utiles, notamment quant aux facteurs aggravants ou lénifiants des douleurs, ou sur d'autres éléments comportementaux qui permettraient d'avoir une meilleur vue d'ensemble du patient.

De surcroît, force est de constater que le Docteur H_____ est beaucoup plus nuancé dans ses propos que ne le soutient le recourant. En premier lieu, il confirme qu'une scintigraphie n'a montré aucune pathologie pouvant aller dans le sens d'une pseudarthrose. Ensuite, la discographie L3-L4 qu'il a fait pratiquer ne reproduit absolument pas les symptômes décrits par le recourant. Ces fait l'ont amené progressivement à accepter le rôle du segment mobile L4-L5 dans les plaintes actuelles. Le Docteur H_____ relève cependant que la décision thérapeutique devient plus difficile. Certes, un nouveau traitement chirurgical pourrait être envisagé, avec deux alternatives: l'augmentation de la fixation jusqu'à L4 ou la mise en place d'une prothèse discale L4-L5. Dans les deux cas toutefois, il s'agit d'une intervention majeure. De surcroît, ce médecin explique que l'extension de la stabilisation à l'étage L4-L5 risque d'être la source d'une décompensation au long terme de l'étage sus-jacent L3-L4, car l'on sait qu'à 10 ans d'une spondylodèse, on observe parfois jusqu'à 30 % de décompensation sus-jacente. D'un autre côté, chez un patient jeune, les connaissances quant à la survie d'une prothèse discale ne sont actuellement pas connues à plus de 10 ans et dans 1 % des cas, on observe une éjaculation rétrograde qui peut être la source d'une stérilité. Le Docteur H_____ a donc rediscuté avec le patient de la possibilité malgré tout de considérer le port d'un corset lombaire sur une longue période (6 mois), afin d'espérer que la situation se stabilise d'elle-même, puisqu'il admet que lorsqu'il porte son ancien corset, il est mieux. Ainsi, l'appréciation globale du Docteur H_____ rejoint celle du Docteur F_____.

Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que la nouvelle intervention chirurgicale proposée par le médecin traitant ne constitue pas un traitement approprié.

7. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

8. S'agissant des dépens réclamés par la SUVA, il convient de rappeler que selon la réglementation légale et la jurisprudence, les assureurs sociaux qui obtiennent gain de cause devant une juridiction de première instance n'ont pas droit à une indemnité

de dépens, sauf en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère par l'assuré (cf. art. 61 let. a et g LPGA; art. 89 H LPA), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Cette jurisprudence, fondée sur le principe de la gratuité de la procédure de première instance en droit fédéral des assurances sociales, l'emporte sur d'éventuelles dispositions contraires de droit de procédure cantonal.

**PAR CES MOTIFS,**
**LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

| Le greffier | La Présidente : |
|---|---|
| Walid BEN AMER | Juliana BALDE |

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