



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4104/2019

ATAS/1164/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt incident du 17 décembre 2019**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENEVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Thomas BÜCHLI

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Division juridique, Fluhmattstrasse 1,  
Postfach 4358, LUZERN

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1971, est employé de chantier auprès de B\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur) depuis 2016, avec un contrat depuis le 8 janvier 2018 comme aide-peintre en bâtiment. Il est assuré à ce titre selon la loi sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (RS 832.20 - LAA) auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 17 janvier 2018, l'assuré a été victime d'un accident. Il a chuté sur le dos alors qu'il ponçait un plafond depuis une échelle. La SUVA a pris le cas en charge.
3. Il a consulté le Dr C\_\_\_\_\_ lequel a certifié un arrêt de travail total depuis le 22 janvier 2018, date de la première consultation et a indiqué le 3 avril 2018 que l'assuré avait présenté une douleur lombaire basse avec sciatgie gauche. Selon une radiographie lombaire du 1<sup>er</sup> février 2018, il présentait une spondylarthrose L5 avec discopathie et selon une IRM lombaire du 23 mars 2018, une hernie discale L5-S1 avec déchirure de l'anneau fibreux ; la lombosciatalgie était invalidante ; une reprise de travail était possible depuis le 1<sup>er</sup> avril 2018.
4. Une infiltration épidurale L5-S1 gauche a été pratiquée le 11 avril 2018.
5. Une IRM lombaire et des articulations sacro-iliaques du 27 mars 2018 a conclu à une dégénérescence discale L4-L5 et L5-S1. Un hémangiome vertébral en L1 à composante graisseuse. Une protrusion discale L4-L5 de localisation médiane et paramédiane droite sans contrainte radiculaire. Une hernie discale L5-S1 avec déchirure de l'anneau fibreux en contact modéré avec la racine S1 gauche. Un hémangiome vertébral en L5 atteignant la pédicule droite. Une prise de contraste dans les espaces inter-épineux secondaires à des enthésopathies. Une sclérose de part et d'autre des articulations sacro-iliaques sans œdème intra-spongieux pour une sacro-iliite inflammatoire. Un cône médullaire de topographie normale et de signal homogène.
6. Le 20 avril 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ a certifié d'une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 1<sup>er</sup> avril 2018, prolongée au 31 décembre 2018 (hormis le mois d'août 2018).
7. Le 8 juin 2018, le Dr D\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique, médecin conseil de la SUVA, a effectué une appréciation médicale. Il a posé le diagnostic de « sciatique par HD Discale exclue en L5-S1 gauche suite à l'évènement sur lésions dégénératives préexistantes » ; un fragment distal par perforation de l'annulus était probablement venu au contact de la racine S1 gauche. Une instruction médicale complémentaire était nécessaire.
8. Le 25 juin 2018, l'assuré a indiqué (note téléphonique de la SUVA) qu'il boitait et présentait des douleurs invalidantes ; il avait consulté le docteur E\_\_\_\_\_, FMH neurochirurgie. Dans cette même note, il est mentionné que le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué à la SUVA qu'il avait conseillé à l'assuré de voir un neurochirurgien.

9. Le 20 juin 2018, le docteur F\_\_\_\_\_, FMH neurochirurgie, a attesté de lombosciatalgie gauche persistante malgré deux séances d'infiltration épidurale L5-S1 sur petite hernie discale L5-S1 gauche. Il n'y avait pas de déficit neurologique des membres inférieurs ; la petite hernie discale L5-S1 gauche pouvait irriter la racine S1 gauche et causer les symptômes ; il avait proposé à l'assuré une éventuelle chirurgie.
10. Le 27 juin 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a estimé qu'il existait une causalité probable avec l'accident, qu'il ne fallait pas tarder à intervenir, le cas évoluant depuis quatre mois et qu'il était d'accord avec le Dr F\_\_\_\_\_.
11. Le 28 juin 2018, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'avait jamais vu l'assuré.
12. Le 3 juillet 2018, la SUVA a écrit à l'assuré qu'elle prenait en charge une intervention chirurgicale.
13. Le 16 octobre 2018, le Dr F\_\_\_\_\_ a rendu un rapport opératoire attestant d'une intervention le 12 octobre 2018 par ouverture du récessus L5-S1 gauche et résections du kyste et microchirurgicale de la hernie discale L5-S1 gauche.
14. Le 8 janvier 2019, les docteurs G\_\_\_\_\_, FMH médecine générale, et H\_\_\_\_\_, FMH chirurgien urologue, ont attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 8 au 31 janvier 2019.
15. Le 24 janvier 2019, le Dr F\_\_\_\_\_ a attesté d'une évolution favorable.
16. Le 1<sup>er</sup> février 2019, le docteur I\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie, a certifié d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 1<sup>er</sup> février au 1<sup>er</sup> mars 2019, prolongée au 3 août 2019.
17. Le 14 mars 2019, le service des urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : HUG) a attesté d'une consultation de l'assuré pour douleur thoracique atypique.
18. Le 18 mars 2019, le Dr I\_\_\_\_\_ a rendu un rapport à la SUVA, attestant de la persistance de douleurs lombaires et d'un diagnostic de lombalgies basses.
19. Le 20 mars 2019, la SUVA a établi un rapport à la suite d'un entretien avec l'assuré, selon lequel l'évolution était lentement favorable depuis l'opération ; il présentait toujours des douleurs.
20. Le 4 avril 2019, le Dr D\_\_\_\_\_ a estimé que la chute avait provoqué une expulsion discale, certes sur un état antérieur, mais en aggravation prépondérante de celui-ci ; le délai de stabilisation à 6 mois post opératoire était probable pour les seules suites de l'évènement.
21. Une IRM de la colonne lombaire du 11 avril 2019 a conclu à des données lombaires illustrant status post cure de hernie discale [SSI gauche], sans argument en faveur d'une récurrence herniaire. Persistance d'une protrusion discale focale L5-S1 postéro-médiane et paramédiane gauche venant discrètement au contact intime avec la portion récessale de la racine SI gauche, sans qu'il y ait de franche compression

radiculaire objectivable. Oblitération de l'espace épidual gauche à la hauteur de l'espace inter-somatique L5-S1 s'étendant jusqu'à la portion récessale la racine S1 gauche, et compatible avec une petite touche de fibrose postopératoire. Le reste du bilan sur la colonne lombaire est sans modification majeure par rapport au comparatif datant du 11 juillet 2018.

22. Le Dr D\_\_\_\_\_ a rendu un rapport d'examen du 1<sup>er</sup> mai 2019 ; l'assuré se plaignait de douleurs au dos, particulièrement à la marche. Il a posé le diagnostic de discopathie L4-L5, L5-S1 ancienne avec, sur l'événement du 17 janvier 2018 et sur la chute, l'extrusion d'un fragment déjà quiescent sous-ligamentaire au contact de la racine L5-S1, extrusion du fragment discal et irritation compression de la racine dans un foramen déjà un peu fermé. La chute avait provoqué une aggravation en vraisemblance prépondérante de son état avec apparition d'une sciatique et respect des critères de Kramer, sciatique immédiate et invalidante décompensant ainsi de façon significative l'état antérieur. Etat antérieur non d'origine traumatique, mais dégénérative.

Cette aggravation était transitoire et avait été parfaitement soulagée par la microchirurgie. Le Dr D\_\_\_\_\_ avait cité des radiographie et IRM de la colonne lombaire de l'année 2005, montrant pour celle-ci un état dégénératif (discopathie lombaire dégénérative L5-S1, petite protrusion de L4-L5 sur les coupes sagittales, sur les coupes horizontales protrusion discale L4-L5 très modérée). En prenant connaissance des cas de 2004 et 2006, il était évident que l'on était en face d'une colonne lombaire dégénérative progressivement avec, dès cette époque, une morphologie discale sensiblement identique en L5-S1 à celle qui présidait à la chute. Le mauvais état discal avait été donc décompensé au final, mais étant déjà très quiescent, sans néanmoins créer une sciatique permanente. On pouvait donc dire que l'accident n'avait pas créé de lésion structurelle supplémentaire, l'intervention ayant eu lieu certes un peu au-delà des six mois mais pour des raisons pratiques avec l'été au milieu et le temps d'obtenir un consentement éclairé réel, avait parfaitement joué son rôle sur cette décompensation en vraisemblance prépondérante, mais transitoire. Les suites de cet accident, compte tenu des constatations faites ce jour, étaient bientôt stabilisées et l'accident alors ne jouerait plus aucun rôle dans les symptômes de l'assuré, à savoir des lombalgies qui étaient déjà fort anciennes, et ce dans un délai au maximum de deux mois.

23. Le 16 mai 2019, le Dr F\_\_\_\_\_ a attesté d'une évolution très favorable ; il n'avait plus de douleur irradiant dans la jambe gauche et les lombalgies étaient d'origine musculaire ; il avait clairement expliqué à l'assuré qu'il pouvait dorénavant recommencer un travail.
24. Le 27 juin 2019, le Dr I\_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire de la SUVA, en mentionnant des lombalgies basses invalidantes sur un début de fibrose après status post cure HD L5-S1 gauche. Une reprise de travail dans le bâtiment était exclue.

25. Le 3 juillet 2019, le Dr D\_\_\_\_\_ a rendu une appréciation médicale selon laquelle le statu quo sine était atteint le 1<sup>er</sup> juillet 2019 ; l'allégation d'une fibrose post-opératoire n'était que l'allégation normale d'une cicatrice postopératoire. La fibrose n'était plus scientifiquement aujourd'hui considérée comme une entité pathologique à part entière, elle était une entité soit témoin d'une cicatrice post-opératoire normale et naturelle, soit lorsqu'elle se développait, d'une instabilité segmentaire locale témoin d'une déstabilisation. Cette déstabilisation possible par la dégénérescence progressive de la colonne lombaire, n'avait pas pour origine l'évènement très ponctuel sur le disque L5S1, ni l'intervention ad hoc. L'intervention avait été purement micro-neurochirurgicale, non déstabilisante et sa trace était cicatrisée comme l'avait montré l'IRM et l'évaluation clinique de l'assuré. Avant l'évènement, l'assuré et depuis une quinzaine d'années était déjà lombalgique avec une dégénérescence progressive significative de la colonne lombaire et ce de façon manifeste. Par ailleurs, les lombalgies étant un symptôme elles étaient gravement obérées également par le tabagisme chronique de l'assuré, un paquet par jour.
26. Par décision du 4 juillet 2019, la SUVA a cessé ses prestations au 31 juillet 2019, en se référant à l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ du 3 juillet 2019 ; par ailleurs l'effet suspensif de l'opposition était annulé.
27. Le 3 septembre 2019, l'assuré, représenté par un avocat, a fait opposition à cette décision en faisant valoir que le syndrome vertébral lombaire était en lien avec les suites post-opératoires, soit des complications après la chirurgie ; il a conclu à la restitution immédiate de l'effet suspensif. Il a joint :
- Un rapport du Dr I\_\_\_\_\_ du 29 août 2019. selon lequel l'assuré présentait un syndrome vertébral lombaire après une cure d'hernie discale L5-S1 gauche le 12 octobre 2018. Depuis l'opération, il avait bénéficié de plusieurs séances de physiothérapie avec un traitement antalgique (Irfen, Dafalgan). Devant une récurrence des douleurs radiculaires, il avait également bénéficié d'une infiltration péri radiculaire. Toutes ces mesures thérapeutiques susmentionnées n'apportaient pas d'améliorations. Le syndrome vertébral lombaire et fibrose lombaire pouvaient faire partie des complications après la chirurgie. Les récurrences postopératoires de lombalgies et de sciatalgies restaient un problème préoccupant. Souvent regroupées sous le vocable failed back surgery syndrome (FBSS), cette situation était estimée à un minimum de 5 % des cas chirurgicaux, causant alors un handicap considérable à des patients devenant incapables d'effectuer les tâches de leur vie quotidienne ou professionnelle. Par ailleurs, l'assuré n'était pas apte à reprendre son travail d'avant. Il proposait donc un second avis neurochirurgical.
28. Le 9 septembre 2019, le Dr D\_\_\_\_\_ a estimé que l'avis du Dr I\_\_\_\_\_ n'amenait pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier la dernière appréciation médicale.

29. Par décision du 4 octobre 2019, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré ; celui-ci présentait un état dégénératif du rachis et l'intervention chirurgicale n'avait fait que lever des fragments en contact avec la racine S1, sans déstabilisation de l'étage, de sorte que l'aggravation de l'état dégénératif préexistant n'était pas durable ; la fibrose post-opératoire n'était que le témoin d'une cicatrice postopératoire normale ou d'une instabilité segmentaire locale par la dégénérescence progressive de la colonne lombaire qui, si elle était possible, n'avait pas pour origine la chirurgie en cause, non déstabilisante. Les effets de l'accident avaient cessé dès juillet 2019. La décision mentionne qu'un recours à son encontre n'aura aucun effet suspensif.
30. Le 4 novembre 2019, l'assuré, représenté par son avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée, en concluant, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif au recours et, principalement, à son annulation et à la poursuite des prestations de la part de la SUVA. Il convenait, au vu des avis divergents des médecins, d'ordonner une expertise pour déterminer l'origine du syndrome vertébral lombaire et de la fibrose lombaire et leur impact sur sa capacité de travail.
31. Le 20 novembre 2019, l'assuré a communiqué un rapport du 14 novembre 2019 des docteurs J\_\_\_\_\_, chef de clinique, et K\_\_\_\_\_, médecin interne au service de neurochirurgie des HUG, lesquels ont posé le diagnostic de Failed Back Surgery. L'assuré se plaignait de la persistance de violentes lombalgies au repos, augmentées à la mobilisation. Une radiographie de la colonne lombaire ne montrait pas de signe d'instabilité et une IRM lombaire du 17 septembre 2019 montrait la fibrose péri-radriculaire L5-S1 gauche compatible avec une fibrose post-opératoire. Les symptômes de l'assuré n'étaient pas expliqués par l'imagerie.
32. Le 21 novembre 2019, la SUVA a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif au recours, au motif que les prévisions sur l'issue du litige étaient incertaines dès lors qu'elles dépendaient de l'appréciation des documents médicaux et que l'assuré ne faisait valoir aucun intérêt prépondérant à la poursuite des prestations au-delà du 31 juillet 2019.
33. Le 5 décembre 2019, l'assuré a répliqué, en soulignant que les chances de succès du recours étaient réalistes puisque la SUVA admettait une fibrose post-opératoire ; elle devait poursuivre ses prestations durant l'examen des complications pour lesquelles elle devrait, en tout état, fournir des prestations ; enfin, il était au bénéfice de l'Hospice général de sorte que les indemnités journalières lui permettraient un niveau de vie un peu plus élevé.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 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.
3. a. Selon l'art. 54 al. 1 let. c LPGA les décisions et les décisions sur opposition sont exécutoires lorsque l'effet suspensif attribué à une opposition ou à un recours a été retiré.

En vertu de l'art. 11 de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), l'opposition a un effet suspensif, sauf si un recours contre la décision prise sur opposition n'a pas d'effet suspensif de par la loi, si l'assureur a retiré l'effet suspensif dans sa décision, si la décision a une conséquence juridique qui n'est pas sujette à suspension (al. 1). L'assureur peut, sur requête ou d'office, retirer l'effet suspensif ou rétablir l'effet suspensif retiré dans la décision. Une telle requête doit être traitée sans délai (al. 2).

b. La LPGA ne contient aucune disposition topique en matière d'effet suspensif. Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de la procédure administrative en matière d'assurances sociales qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 de la LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA - RS 172.021). L'art. 61 LPGA, qui règle la procédure de recours devant le tribunal cantonal des assurances, renvoie quant à lui à l'art. 1 al. 3 PA. Aux termes de cette disposition, l'art. 55 al. 2 et 4 PA relatif au retrait de l'effet suspensif est applicable à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral.

L'art. 55 al. 3 PA prévoit que l'autorité de recours ou son président peut restituer l'effet suspensif à un recours auquel l'autorité inférieure l'avait retiré; la demande de restitution de l'effet suspensif est traitée sans délai.

4. Conformément à la jurisprudence relative à l'art. 55 PA à laquelle l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 46/04 du 24 février 2004 consid. 1, in HAVE 2004 p. 127), la possibilité de retirer ou de restituer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du

dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute (ATF 124 V 82 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_885/2014 du 17 avril 2015 consid. 4.2).

5. En l'occurrence, l'intimée estime que son intérêt à supprimer, depuis le 31 juillet 2019 et pendant la durée de la procédure, ses prestations prime celui du recourant à les obtenir, au motif qu'il est à craindre que le recourant, mis au bénéfice des prestations ne soit pas en mesure de les restituer s'il n'obtient pas gain de cause sur le fond, que le recourant n'a d'ailleurs pas fait valoir un intérêt prépondérant à recevoir lesdites prestations et, qu'enfin, l'issue du recours est incertaine.

Quant au recourant, il estime que ses chances de succès sont réalistes, qu'il est équitable que l'intimée continue le versement de ses prestations et que celles-ci lui permettraient un niveau de vie un peu plus élevé.

Au vu des pièces du dossier, il ne se justifie pas d'imposer à l'intimée d'assurer le risque de verser des prestations qui, en cas de rejet de recours sur le fond, devraient, a priori, lui être restituées, étant précisé qu'une issue inverse n'apparaît pas manifeste et qu'il y a tout lieu de penser que le recourant, au bénéfice de prestations de l'Hospice général, aurait des difficultés à restituer lesdites prestations.

S'agissant en particulier des prévisions sur l'issue du litige, contrairement à l'avis du recourant, le rapport du service de neurochirurgie des HUG du 14 novembre 2019, s'il atteste bien à l'imagerie d'une fibrose post-opératoire, indique aussi que les symptômes du recourant (violentes lombalgies) ne sont pas expliqués par l'imagerie ; dans ce contexte, les prévisions sur l'issue du litige ne sauraient être considérées comme certaines.

6. Au vu de ce qui précède, la demande de restitution de l'effet suspensif au recours sera rejetée et la suite de la procédure sera réservée.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant selon l'art. 21 al. 2 LPA-GE**

1. Rejette la demande de restitution de l'effet suspensif au recours.
2. Réserve la suite de la procédure.
3. 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) aux conditions de l'art. 93 al. 1 LTF; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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