RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

**A/4104/2019** **ATAS/608/2021**

# COUR DE JUSTICE

## Chambre des assurances sociales

## Ordonnance d'expertise du 15 juin 2021

**15ème Chambre**

En la cause

| | |
|---|---|
| Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, 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, LUCERNE | intimée |

**EN FAIT**

---

**Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente.**

---

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1971, était 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 docteur C_____, spécialiste en médecine interne générale, 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 sciatalgie gauche. Selon une radiographie lombaire du 1er 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 1er 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 oedème intra-spongieux pour une sacro-illite inflammatoire et un cône médullaire de topographie normale et de signal homogène.

6. Le 20 avril 2018, le Dr C_____ a certifié une incapacité de travail totale de l'assuré dès le 1er avril 2018, prolongée au 31 décembre 2018 (hormis le mois d'août 2018).

7. Le 8 juin 2018, le docteur D_____, médecin FMH en chirurgie orthopédique et traumatologique et médecin-conseil de la SUVA, 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_____, médecin

FMH en 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_____, médecin FMH en 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 résection du kyste et microchirurgicale de la hernie discale L5-S1 gauche.

14. Le 8 janvier 2019, les docteurs G_____, médecin général FMH, et H_____, chirurgien urologue FMH, 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 1er février 2019, le docteur I_____, rhumatologue FMH, a certifié d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 1er février au 1er 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 six 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 un status post cure de hernie discale [SSI gauche], sans argument en faveur d'une récidive herniaire, une 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, une oblitération de l'espace épidural 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 était sans modification majeure par rapport au comparatif datant du 11 juillet 2018.

22. Le Dr D_____ a rendu un rapport d'examen le 1er mai 2019, l'assuré se plaignait de douleurs au dos, particulièrement à la marche, et 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 de l'assuré 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. L'état antérieur était non d'origine traumatique, mais dégénérative.

23. Cette aggravation était transitoire et avait été parfaitement soulagée par la microchirurgie. Le Dr D_____ avait cité des radiographies 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.

24. Le 16 mai 2019, le Dr F_____ a attesté d'une évolution très favorable. Il n'y avait plus de douleur irradiant dans la jambe gauche et les lombalgies étaient d'origine musculaire. Le médecin avait clairement expliqué à l'assuré qu'il pouvait dorénavant recommencer un travail.

25. 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.

26. Le 3 juillet 2019, le Dr D_____ a rendu une appréciation médicale selon laquelle le *statu quo sine* était atteint le 1er 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 L5-S1, 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 et depuis une quinzaine d'années, l'assuré était 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.

27. 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.

28. 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 il 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 récidive des douleurs radiculaires, il avait également bénéficié d'une infiltration péri radiculaire. Toutes ces mesures thérapeutiques n'avaient pas apporté d'amélioration. Le syndrome vertébral lombaire et la fibrose lombaire pouvaient faire partie des complications après la chirurgie. Les récidives postopératoires de lombalgies et de sciatalgies restaient un problème préoccupant. Souvent regroupée sous le vocable *failed back surgery syndrome* (ci-après : 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.

29. 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.

30. 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.

31. Le 4 novembre 2019, l'assuré, représenté par son avocat, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) 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.

32. Le 20 novembre 2019, l'assuré a communiqué un rapport du 14 novembre 2019 des docteurs J_____, neurochirurgien chef de clinique, et K_____, médecin interne au service de neurochirurgie des HUG, lesquels ont indiqué *Failed Back Surgery* dans leur rapport. 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-radiculaire L5-S1 gauche compatible avec une fibrose post-opératoire. Les symptômes de l'assuré n'étaient pas expliqués par l'imagerie.

33. La demande d'effet suspensif a été rejeté par arrêt incident du 17 décembre 2019 (ATAS/1164/2019).

34. Par mémoire du 17 janvier 2020, la SUVA a répondu et conclu au rejet du recours. Se fondant sur l'avis des Drs D_____ et F_____, l'intimée a considéré que l'accident du 17 janvier 2018 avait pu aggraver de manière passagère la pathologie dégénérative à la colonne du recourant, préexistante à cet accident, mais les effets

de celui-ci avaient cessé dès le mois de juillet 2019. Le rapport du Dr I_____ du 29 août 2019, dans la mesure où il indiquait que le syndrome vertébral lombaire et la fibrose lombaire pouvaient faire partie des complications postopératoires, n'évoquait qu'un lien causal possible et ne relevait pas de troubles dégénératifs à la colonne lombaire. Le rapport des HUG du 14 novembre 2019 faisait référence à un accident antérieur (2004). Les radiographies d'octobre 2019 ne montraient pas de signe d'instabilité. L'IRM lombaire de septembre 2019 montrait une fibrose péri-articulaire L5-S1 gauche compatible avec une fibrose post-opératoire déjà relevée par le Dr D_____. Les médecins des HUG retenaient que les symptômes du patient n'étaient pas expliqués par l'imagerie médicale. Ainsi, ces avis ne remettaient pas en cause les conclusions de la SUVA. En outre, le diagnostic *failed back surgery* pouvait se comprendre comme la persistance de douleurs au niveau lombaire. La fibrose n'était pas scientifiquement considérée comme une entité pathologique à part entière mais était soit un témoin d'une cicatrice post-opératoire normale et naturelle, soit le témoin d'une instabilité segmentaire locale témoin d'une stabilisation. Cette déstabilisation possible par la dégénérescence progressive de la colonne lombaire n'avait pas pour origine l'événement très ponctuel sur le disque L5-S1 ni l'intervention ad hoc non déstabilisante. La trace était cicatrisée comme l'avait relevé l'IRM et l'évaluation clinique.

35. Le recourant a répliqué le 15 mai 2020 et produit des rapports complémentaires des docteurs L_____et I_____ selon lesquels la fibrose à l'origine de l'opération était belle et bien à l'origine de ses plaintes. Il a réitéré sa demande d'expertise.

36. La SUVA a soumis les nouveaux documents médicaux à la docteure M_____, spécialiste en neurochirurgie, laquelle a, après analyse des pièces médicales, dont les images de 2005, 2018 et 2019 qui lui avaient été soumises, relevé une absence de lésion structurelle visible à l'IRM à la suite de l'événement initial. L'assuré présentait un lumbago chronique depuis des années avant l'intervention et une radiculopathie de la racine S1 gauche traités chirurgicalement. L'intervention a provoqué une lésion structurelle sans lien de causalité avec l'événement avec vraisemblance prépondérante au vu des IRM de 2005, 2018 et 2019. La SUVA s'est opposée à l'expertise.

37. Le 17 août 2020, le recourant a dupliqué et produit de nouveaux documents médicaux pour appuyer ses allégués dont un rapport des HUG du 23 juillet 2020 avec un diagnostic de « lumbago persistant dans un contexte de Failed Back Surgery Syndrome et discopathie dégénérative lombaire L4-L5, L5-S1 (date inconnue) ».

38. S'en sont suivies une prise de position de la SUVA, qui a persisté dans ses conclusions, et une prise de position du recourant qui en a fait de même en

produisant d'autres prises de position du Dr I_____ et un rapport signé par le docteur N_____, spécialiste en antalgie, qui a évoqué un état dépressif réactionnel.

39. Les autres dossiers de l'assuré ont été sollicités de la SUVA par la chambre de céans pour les besoins d'instruction de la cause par pli du 29 janvier 2021.

40. Par courrier du 1er février 2021, la chambre de céans a informé les parties de son intention de confier une mission d'expertise orthopédique et traumatologique au professeur O_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et a imparti un délai au 15 février 2021 aux parties pour se déterminer sur cette mission et le choix de l'expert.

41. Par pli du 9 février 2021, la SUVA s'est opposée à ce que la mission soit confiée au Prof O_____ dans la mesure où celui-ci était spécialisé en chirurgie de l'épaule et du coude et non en chirurgie du rachis. Elle proposait le nom du professeur P_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, spécialiste en chirurgie du rachis, et en second choix le docteur F_____, spécialiste en neurochirurgie, avec spécialisation en chirurgie de la colonne vertébrale. Elle se réservait le droit de prendre position sur l'expertise une fois rendue.

42. Par courrier du 12 février 2021, le recourant n'a fait valoir aucun motif de récusation à l'encontre de l'expert et a approuvé les questions de la mission d'expertise.

43. Le 7 avril 2021, le recourant s'est rallié au choix du Prof. P_____ à titre d'expert et a proposé en second choix le professeur K_____, s'opposant en revanche à ce que la mission soit confiée au Dr F_____.

## EN DROIT

1. a. 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).

   En vertu de l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

b. L'employeur du recourant, lequel est domicilié en France, est situé dans le canton de Genève, de sorte que la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

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. La modification du 25 septembre 2015 de la LAA est entrée en vigueur le 1er janvier 2017.

   Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau 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 citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017.

4. a. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

   Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et 89C let. a LPA).

   b. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 7 mai 2018 contre la décision sur opposition du 27 mars 2018 est recevable.

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations avec effet au 31 juillet 2019.

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.

   Conformément à l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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.

   b. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable ; le caractère soudain de l'atteinte ; le caractère involontaire de l'atteinte ; le facteur extérieur de

l'atteinte ; enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 3.1).

L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute ; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (ATF 130 V 117). Pour les accidents survenus dans l'exercice du sport, l'existence d'un événement accidentel doit être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réaliste. Autrement dit, le caractère extraordinaire de la cause externe doit être nié lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier.

c. 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).

L'exigence d'un lien de causalité naturelle 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 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.

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

d. 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. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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).

7. a. Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ; les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g ) ; les lésions du tympan (let. h).

b. On précisera que l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, conférait au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. L'ancien art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202), adopté

sur la base de cette disposition, contenait la liste exhaustive des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne fussent pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs.

La déchirure de la coiffe des rotateurs était assimilée à une déchirure de tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b). La liste des lésions corporelles figurant à l'art. 6 al. 2 LAA correspond à celle de l'art. 9 al. 2 aOLAA, si bien que la jurisprudence développée sous l'empire de l'ancien droit relative à la qualification d'une lésion comme étant analogue à celle causée par un accident demeure applicable (cf. Kaspar GEHRING, KVG/UVG Kommentar, Bundesgesetze über die Krankenversicherung, die Unfallversicherung und den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] mit weiteren Erlassen, 2018, n. 13 ad Art. 6 UVG).

Selon la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 9 al. 2 aOLAA, pour que des lésions corporelles puissent être qualifiées de semblables aux conséquences d'un accident, seul le caractère extraordinaire de l'accident pouvait faire défaut, mais l'existence d'une cause extérieure était en revanche indispensable (cf. ATF 139 V 327 consid. 3.1). Dans son Message à l'appui de la révision de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral a relevé que cette jurisprudence avait été source de difficultés pour les assureurs-accidents et d'insécurité pour les assurés. C'est pourquoi une nouvelle réglementation faisant abstraction de l'existence d'une cause extérieure a été proposée, conformément à la volonté du législateur à l'époque du message de 1976 à l'appui de la LAA. En cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a désormais présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Ce dernier pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est manifestement due à l'usure ou à une maladie (Message du Conseil fédéral relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 30 mai 2008, FF 2008 4893).

c. Dans un arrêt de principe 8C_22/2019 du 24 septembre 2019, le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Cependant, la possibilité pour l'assureur-accidents de rapporter la preuve prévue par l'art. 6 al. 2 LAA impose de distinguer la lésion corporelle assimilée, d'une lésion corporelle figurant dans la liste due à l'usure et à la maladie à charge de l'assurance-maladie. Dans ce contexte, la question d'un événement initial reconnaissable et identifiable est également pertinente après la révision de la LAA – notamment en raison de l'importance d'un lien temporel (couverture d'assurance ; compétence de l'assureur-accidents ; calcul du gain

assuré ; questions juridiques intertemporelles). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (voir consid. 5.1 et 8.5). Si, en revanche, tous les critères de la définition de l'accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas remplis, l'assureur-accidents est généralement responsable pour une lésion selon la liste de l'art. 6 al. 2 LAA dans la version en vigueur depuis le 1er janvier 2017, à moins qu'il puisse prouver que la lésion est principalement due à une usure ou une maladie (consid. 9.1).

Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accidents. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre la condition précédente, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails. Les différents indices qui parlent pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. L'assureur-accidents doit prouver, sur la base d'évaluations médicales concluantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que la lésion en question est due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, c'est-à-dire plus de 50 % de tous les facteurs en cause. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (consid. 8.6).

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

   Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il

est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. Le juge des assurances sociales doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

11. En l'espèce, par décision sur opposition du 4 octobre 2019, l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 31 juillet 2019 et justifié son refus de prestations par le retour au *statu quo sine* au mois de juillet 2019 et exclu le lien entre l'état de l'assuré au-delà de ce mois et l'accident. Elle s'est fondée sur les avis des Drs D_____ et M_____ et a considéré que l'accident du 17 janvier 2018 avait pu aggraver de manière passagère la pathologie dégénérative à la colonne du recourant, préexistante à cet accident, mais que les effets de celui-ci avaient cessé dès le mois de juillet 2019.

    Le recourant a recouru contre cette décision en se fondant pour sa part sur l'avis de ses médecins, en particulier le Dr I_____, lequel conteste les conclusions des médecins-conseils de l'intimée et considère que la fibrose de son patient est la conséquence de l'intervention pratiquée à la suite de l'accident.

Les parties s'opposent quant aux avis des médecins s'étant prononcés sur l'origine des plaintes du recourant, en connaissance du dossier, dont les clichés d'imagerie. Les avis des divers médecins divergent et ne peuvent se lire de façon conforme les uns aux autres. En conséquence de quoi, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le litige et de déterminer si, comme le soutient l'intimée, l'événement accidentel n'a fait qu'engendrer une aggravation temporaire d'un état dégénératif existant.

12. Dans ces conditions, il se justifie de mettre en œuvre une expertise judiciaire orthopédique et traumatologique, laquelle sera confiée au professeur P_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, spécialisé en chirurgie du rachis, les parties étant toutes les deux favorables à ce choix d'expert.

13. L'expert aura notamment pour mission de se déterminer quant au lien de causalité entre le sinistre du 17 janvier 2018, l'intervention du 12 octobre 2018 (résection microchirurgicale de la hernie discale L5-S1 gauche) et la fibrose dont souffre le recourant.

* * * * * *

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise orthopédique et traumatologique.
2. Désigne à titre d'expert le professeur P_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.
3. Dit que l'expert aura pour mission d'examiner et d'entendre Monsieur A_____, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimée, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin.
4. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
    1. Quelle est l'anamnèse détaillée ?
    2. Quelles sont les plaintes et les données subjectives du recourant ?
    3. Quelles sont vos constatations objectives ?
    4. Quel sont les diagnostics précis ?
    5. Depuis quand ces atteintes sont-elles présentes chez le recourant et comment ont-elles évolué ?
    6. Pouvez-vous dire si l'état antérieur est d'origine traumatique ou dégénératif ? Les images (radiographies et IRM) de la colonne lombaire faites avant l'accident du 17 janvier 2018 montrent-elles un état dégénératif ?
    7. L'accident du 17 janvier 2018 a-t-il créé une lésion structurelle supplémentaire ?
    8. Le cas échéant, est-ce que l'on voit sur ces images une discopathie lombaire dégénérative L5-S1, une petite protrusion de L4-L5 sur les coupes sagittales, et une protrusion discale L4-L5 très modérée sur les coupes horizontales ?
    9. La morphologie discale était-elle identique en L5-S1 avant la chute sur le dos du 17 janvier 2018 ?
    10. À quand pouvez-vous fixer le délai de stabilisation postopératoire (intervention du 12 octobre 2018 ; ouverture du récessus L5-S1 gauche et résection du kyste, microchirurgie de la hernie discale L5-S1) ?
    11. Comment lisez-vous l'IRM de la colonne lombaire du 11 avril 2019 ?
    12. Y a-t-il une fibrose postopératoire selon votre lecture de l'IRM ?

13. Le cas échéant, cette fibrose est-elle à l'origine des lombalgies dont se plaint le recourant ? Le syndrome vertébral lombaire est-il en lien avec les suites postopératoires (complications après la chirurgie) ?
14. Posez-vous le diagnostic de « *failed back surgery syndrome* » (FBSS) ?
15. Les docteurs J_____, neurochirurgien chef de clinique, et K_____, médecin interne au service de neurochirurgie des HUG, ont indiqué que la radiographie de la colonne lombaire ne montrait pas de signe d'instabilité, partagez-vous leur avis (rapport des HUG du 14 novembre 2019) ?
16. Ces deux médecins ont en outre indiqué que l'IRM lombaire du 17 septembre 2019 montrait une fibrose péri-radiculaire L5-S1 gauche compatible avec une fibrose postopératoire, partagez-vous leur avis (rapport des HUG du 14 novembre 2019) ?
17. Qu'est-ce que cela signifie (rapport des HUG du 14 novembre 2019) ?
18. Que comprenez-vous du fait que ces médecins estiment que les symptômes de l'assuré ne sont pas expliqués par l'imagerie (rapport des HUG du 14 novembre 2019) ?
19. Le recourant se plaignait-il de lombalgies avant sa chute du 17 janvier 2018, à votre connaissance. Si oui, depuis quand ?
20. Les plaintes du patient depuis respectivement l'accident du 17 janvier 2018 ou l'intervention du 12 octobre 2018 sont-elles objectivées du point de vue somatique ?
21. Quelles sont les limitations fonctionnelles dues à chaque diagnostic posé le cas échéant ?
22. Mentionner, pour chaque diagnostic posé, ses conséquences sur la capacité de travail du recourant, en pourcent.
23. Dater la survenance de l'incapacité de travail durable, si vous retenez une incapacité durable en lien de causalité avec l'accident du 17 janvier 2018 ou avec l'intervention du 12 octobre 2018.
24. Indiquer l'évolution du taux d'incapacité de travail, en pourcent, depuis l'intervention du 12 octobre 2018.
25. Évaluer l'exigibilité, en pourcent, d'une activité lucrative adaptée et indiquer le domaine d'activité adapté.
26. Dire s'il y a une diminution de rendement et la chiffrer.
27. Évaluer les chances de succès d'une réadaptation professionnelle.

28. Évaluer la possibilité d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales.
29. Commenter et discuter les avis des médecins consultés par la SUVA et ceux des médecins traitants.
30. Formuler un pronostic global.
31. Toute remarque utile et proposition de l'expert.

5. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires à la chambre de céans dans les meilleurs délais.
6. Réserve le fond.

| La greffière | La présidente |
| --- | --- |
| Marie NIERMARÉCHAL | Marine WYSSENBACH |

Une copie conforme de la présente ordonnance est notifiée aux parties le