



POUVOIR JUDICIAIRE

A/674/2020

ATAS/1210/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 15 décembre 2020

2^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à PETIT-LANCY,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry
STICHER

recourant

contre

HELSANA ACCIDENTS S.A., sise avenue de Provence 15,
LAUSANNE

intimée

Siégeant : Blaise PAGAN, Président; Anny FAVRE, Christine TARRIT-DESHUSSES,
Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1960, travaillait en tant qu'aide-soignant auprès de la fondation B_____ depuis le 1^{er} mars 2008, et était, à ce titre, assuré auprès de Helsana Assurances S.A. (ci-après : l'assureur) pour les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 7 juin 2009, l'assuré a glissé dans sa baignoire.
3. Du 7 au 8 juin 2009, l'assuré a séjourné aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où une hernie discale traumatique L3-L4 droite a été diagnostiquée. En chutant, l'assuré avait subi un impact direct lombo-sacré contre la baignoire. Il présentait une sensation de paresthésies du membre inférieur au niveau L3-L4. Un contrôle était prévu le 24 juin 2009 (résumé de séjour du 8 juin 2009 du docteur C_____, chef de clinique).
4. Lors de ce séjour, un CT Scan a été effectué le 7 juin 2009 en raison de paresthésies L4 et L5 droites, concluant à une hernie discale L4-L5 droite postéro-latérale et récessale, comprimant l'émergence de la racine L4 droite ainsi que la partie latérale droite du sac dural ; un débord discal circonférentiel L4-L5 ; il n'y avait pas de fracture visible (rapport du 8 juin 2009 du docteur D_____, spécialisé en radiologie).
5. Le 10 juin 2009, l'assuré a subi une discotomie par voie interlaminaire, effectuée par le docteur E_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, en raison d'une hernie discale L3-L4 droite. Selon le compte-rendu opératoire, à la suite d'une chute dans sa salle de bains (la corrélation étant absolument certaine), l'assuré avait développé immédiatement, notamment, des cruralgies droites avec hypo- voire anesthésie radiculaire L4 et un syndrome algique très intense. Le scanner avait confirmé une grosse compression en L3-L4 droite (rapport du Dr E_____ du 10 juin 2009).
6. L'assureur a pris en charge les suites de l'accident survenu le 7 juin 2009.
7. Par rapport du 16 juin 2009, le Dr E_____ a rappelé que le scanner lombaire du 7 juin 2009 avait révélé une volumineuse hernie discale L3-L4 luxée vers le bas. Suite à l'intervention chirurgicale, ce médecin constatait une quasi disparition des douleurs. L'assuré arrivait à se mobiliser et commençait à récupérer progressivement la sensibilité au niveau du membre inférieur droit.
8. Par rapport du 15 juillet 2009, le Dr E_____ a relevé notamment que l'assuré avait extrêmement bien évolué après l'intervention chirurgicale.
9. Selon une note téléphonique du 17 juillet 2009, l'assuré a expliqué à l'assureur qu'il avait uniquement un traitement médicamenteux et qu'il se sentait très bien.
10. Le 17 août 2009, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin conseil de l'assureur, a indiqué notamment que le traitement était en lien de causalité probable avec l'accident. Le statu quo ante ou

sine n'avait pas encore été atteint et la durée du traitement à prévoir était d'environ six mois.

11. Par courriel du 14 septembre 2009, l'employeur a informé l'assureur que l'assuré avait repris le travail le 13 juillet 2009.
12. Selon une note téléphonique du 27 mars 2019, l'assuré a annoncé à l'assureur une rechute. Il avait à nouveau des symptômes en lien avec l'accident du 7 juin 2009 (fourmillements, manque de sensations). Par ailleurs, il savait que 10 ans après l'accident, la rechute ne pourrait plus être prise en charge.
13. Le 29 mars 2019, l'assureur a informé l'assuré que son cas avait été clôturé le 9 février 2010 étant donné qu'aucun droit à des prestations ne subsistait. Il convenait que son employeur annonce la rechute.
14. Dans un questionnaire en cas de rechute signé le 31 mars 2019, l'assuré a indiqué notamment qu'à la fin du traitement dû à l'accident, il avait eu des fourmillements et une anesthésie tout le long de la jambe droite, d'une façon périodique. Les symptômes étaient réapparus juste après l'opération, sans douleurs. Entre la fin du traitement et le moment de la rechute, il n'avait pas été en traitement chez un médecin pour ces symptômes ; on ne lui avait prescrit ni médicaments, ni thérapies, et il n'avait pas non plus, de sa propre initiative, pris des médicaments ou suivi des thérapies. Enfin, il n'avait pas subi de nouvel accident depuis le 7 juin 2009.
15. Le 15 mai 2019, le docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, a examiné l'assuré. Dans son rapport daté du même jour, ce médecin a indiqué notamment que dans les mois qui avaient suivi l'intervention chirurgicale, l'assuré avait noté la disparition totale des douleurs lombaires et une récupération presque complète des troubles sensitifs et moteurs. Durant les premières années, il n'avait eu que de très occasionnelles paresthésies indolores sur la face latérale de la jambe droite. Depuis quelques années, l'assuré avait toutefois noté la très lente réapparition de symptômes sensitifs, puis moteurs, des membres inférieurs. Cliniquement, le médecin retrouvait une atteinte bilatérale mais éparse des membres inférieurs, prédominant nettement à la jambe droite, sans territoire radiculaire clairement systématisé. L'atteinte était essentiellement sensitive, peu douloureuse et dans une très faible mesure motrice à type de lâchages musculaires. Le médecin préconisait la réalisation d'une imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM).
16. Par rapport du 17 mai 2019, le docteur H_____, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué qu'à l'IRM effectuée à cette date, il avait constaté une spondylo-discopathie étagée de L3 à S1 avec rétrécissement canalaire sans compression significative ; une lipomatose épidurale postérieure étagée de L4-L5, avec nette prédominance en L5-S1 ; un rétrécissement récessal en L4-L5 marqué avec contact de l'émergence récessale de L5 droit ; un rétrécissement neuro-foraminal marqué en L5-S1 entrant en contact avec la racine foraminale de

L5 droit ainsi que d'importants remaniements dégénératifs inter-facettaires postérieurs de L4-L5 et L5-S1 avec anomalie de signal inflammatoire associée.

17. Par rapport du 29 mai 2019, le Dr G_____ a diagnostiqué une hernie discale L3-L4 droite symptomatique et déficitaire, suite à une chute survenue et opérée en 2009. L'assuré présentait une recrudescence des douleurs et des troubles sensitifs et moteurs dans la jambe droite, depuis quelques années. Cliniquement, il y avait une atteinte bilatérale des membres inférieurs, prédominant à droite avec atteinte sensitive, douloureuse, dans une faible mesure motrice. À l'IRM du 17 mai 2019, une progression des troubles dégénératifs lombaires avec notamment un conflit radiculaire L5 droit avait été constatée. Le médecin allait proposer au patient l'introduction d'un traitement antalgique et des séances de physiothérapie.
18. Le 17 juin 2019, le Dr F_____ a diagnostiqué une lombosciatalgie sur troubles dégénératifs pluri-étagés. La rechute n'était pas en lien avec l'accident de 2009, car à l'époque, le cas était déjà limite vu les troubles dégénératifs diffus.
19. Par décision du 17 juin 2019, l'assureur a refusé la prise en charge de la rechute au motif que les troubles actuels n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité naturelle avec l'accident, mais en relation avec une lombosciatalgie sur troubles dégénératifs pluri-étagés.
20. Le 15 août 2019, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Selon les médecins consultés, les troubles étaient imputables à la lésion et à l'intervention chirurgicale survenue à la suite de l'accident du 7 juin 2009. Il a joint :
 - un certificat du 18 juillet 2019 du Dr G_____ indiquant que l'assuré l'avait consulté le 15 mai 2019 en raison d'un engourdissement et de paresthésies douloureuses affectant la face antéro-latérale de la jambe droite, le tout d'évolution lentement progressive depuis plusieurs années dans les suites d'une chirurgie de la colonne lombaire (discectomie L3-L4 droite le 9 juin 2009). À l'examen neurologique, le médecin avait noté la présence d'une hypoesthésie mal systématisée touchant en partie le dermatome L5 droit. Une nouvelle IRM avait mis en évidence un canal lombaire étroit dégénératif avec spondylodiscopathie étagée (entre les niveaux L3 et S1), des remaniements dégénératifs L4-L5 et L5-S1 et notamment un rétrécissement foraminaux L5-S1 entrant en contact avec la racine L5 droite. Le médecin avait conclu à l'aggravation d'un tableau de canal lombaire étroit dégénératif, dans les suites de l'ancienne chirurgie de la colonne lombaire, et avait suspecté un syndrome du segment adjacent (défini comme l'apparition de remaniements dégénératifs dans les segments vertébraux adjacents à ceux ayant subi une chirurgie). Le médecin avait adressé l'assuré en consultation de neurochirurgie où une investigation était en cours ;
 - un rapport du 14 août 2019 du docteur I_____, spécialiste FMH en neurochirurgie aux HUG et du docteur J_____, médecin interne, diagnostiquant un canal lombaire étroit L4-L5 modéré sur protrusion discale L4-L5 et hypertrophie graisseuse épидurale. L'assuré était suivi pour une

radiculopathie L4 et L5 du côté droit. Selon le bilan de l'électroneuromyogramme (ci-après : ENMG), au niveau L4 droit, l'assuré présentait des signes de radiculopathie plutôt chronique, séquellaire suite à l'ancienne hernie discale. Au niveau L5 droit, le bilan avait mis en évidence des signes irritatifs, ce qui pourrait être expliqué par le rétrécissement foraminal L5 droit dans le cadre d'un canal lombaire étroit. À l'examen clinique, il n'y avait pas de déficit au niveau des membres inférieurs hormis une hypoesthésie L4 et L5 droite avec paresthésies en regard, connue et stable depuis la hernie post-traumatique en 2009. S'agissant des symptômes au niveau L4 droit, les médecins mettaient en cause la lésion chronique, suite à la compression de l'ancienne racine L3-L4 droite opérée en 2009. Pour la radiculopathie L5 droite, qui semblait plutôt être un nouveau rétrécissement foraminal, une infiltration L5 péri-radriculaire allait être effectuée, suivie d'une nouvelle consultation.

21. Par rapport du 19 août 2019, les Drs I_____ et J_____ ont repris la teneur du rapport précité.
22. Le 26 septembre 2019, le Dr F_____ a relevé un double problème. L'assuré avait, le 7 juin 2009, décompensé de manière traumatique une hernie discale L3-L4 droite qui avait été opérée. Elle avait cependant laissé une petite séquelle neurologique chronique de L4 droite, mais qui actuellement ne justifiait pas de traitement selon les rapports médicaux des 14 et 19 août 2019. À cela s'ajoutait l'apparition de discopathies pluri-étagées de L3 à S1 avec actuellement un canal lombaire étroit et une compression de L5 droite. Ceci n'était pas en relation de causalité naturelle probante avec l'accident de 2009. En effet, une cure de hernie discale par discectomie partielle et sans montage stabilisateur postérieur n'avait aucune raison de déstabiliser les étages sus- ou sous-jacents. Tout au plus, cela pouvait déstabiliser les articulaires postérieures de L3-L4, ce qui n'était pas le cas de manière significative actuellement. En conclusion, il était vraisemblable que l'assuré avait commencé déjà en 2009 à avoir des troubles dégénératifs débutants, qui n'avaient fait que s'aggraver progressivement depuis lors. Il n'y avait pas de preuve d'une rechute. Les nouveaux documents médicaux n'apportaient pas la preuve d'une causalité, autrement qu'en mentionnant que l'assuré avait déjà été opéré du rachis.
23. Le 19 novembre 2019, l'assuré a contesté l'avis du Dr F_____, en indiquant notamment avoir effectué une nouvelle IRM le 1^{er} novembre 2019. Les troubles dont il souffrait étaient imputables à la lésion et à l'intervention chirurgicale survenues à la suite de l'accident du 7 juin 2009.

Il a joint un rapport du 8 novembre 2019 des docteurs K_____, spécialisé en neurochirurgie, et L_____, médecin interne auprès des HUG, rappelant les diagnostics figurant dans les rapports des 14 et 19 août 2019. L'assuré présentait des signes de radiculopathie plutôt chroniques au niveau L4 droit étant la conséquence de l'ancienne hernie discale. En outre, il présentait en L5 droit des signes irritatifs pouvant être mis en lien avec le rétrécissement foraminal L5 droit

dans le cadre d'un canal lombaire étroit. Pour comprendre au mieux ces signes irritatifs, l'assuré avait fait une nouvelle IRM le 1^{er} novembre 2019. À l'examen clinique, il existait une hypoesthésie L4-L5 droite avec paresthésies en regard, plus marquées sur le territoire L4, connue et stable depuis la hernie post-traumatique en 2009. Au vu de la stabilité clinique, des résultats de l'ENMG et de l'IRM, les médecins ne préconisaient pas d'intervention chirurgicale pour le moment. Au niveau L4 droit, ils mettaient en cause la lésion chronique, suite à la compression de l'ancienne racine L3-L4 droite, opérée en 2009. Au niveau L5 droit, la radiculopathie pouvait être expliquée par un rétrécissement foraminaux serré L5-S1 droit.

24. Par avis du 25 novembre 2019, le Dr F_____ a relevé n'avoir jamais contesté l'existence de séquelles chroniques au niveau L3-L4. Il avait simplement mentionné qu'elles étaient stables et qu'elles ne justifiaient pas de traitement. Par conséquent, il n'y avait pas d'aggravation manifeste pour une complication tardive. Le problème actuel semblait être lié à un canal lombaire L5-S1 entraînant une compression de la racine L5 droite, ce qui relevait de la maladie. Il n'y avait pas de rechute car il n'y avait pas d'aggravation prouvée au niveau L3-L4 à droite.
25. Le 6 décembre 2019, l'assuré a indiqué n'avoir pas de remarques à formuler.
26. Le 13 janvier 2020, le Dr F_____ a relevé que le Dr K_____, dans son rapport du 8 novembre 2019, confirmait que la lésion actuelle était en relation avec une atteinte L5 droite à l'ENMG. Par conséquent, elle n'était pas accidentelle. Ce médecin avait indiqué également que les lésions L4 étaient chroniques, en relation avec une ancienne hernie discale. Par conséquent, il existait une stabilité et il n'y avait pas d'aggravation. Selon le Dr F_____, ces séquelles n'entraînaient ainsi pas de justification à la reprise d'un traitement.
27. Par décision du 23 janvier 2020, l'assureur a rejeté l'opposition. La rechute, soit en particulier les frais de traitement de la colonne vertébrale dès mars 2019, n'était pas à sa charge. L'accident de 2009 avait entraîné une hernie discale droite traumatique L3-L4 qui avait été opérée et avait laissé une petite séquelle neurologique chronique en L4 à droite. L'accident de 2009 n'avait pas nécessité de traitement pendant pratiquement 10 ans, de sorte que l'on pouvait vraisemblablement partir du principe que l'atteinte était guérie. Selon les rapports des 14 et 19 août 2019 des médecins des HUG, cette séquelle était stabilisée et ne justifiait pas de traitement.

Selon le Dr F_____, les troubles nouvellement « apparus » et qui avaient nécessité quelques investigations, n'étaient pas en relation de causalité probante avec l'événement de 2009. Les examens avaient permis de mettre en évidence des discopathies et une atteinte de L5, soit une zone qui n'était pas concernée par l'accident de 2009. Il s'agissait clairement de troubles dégénératifs, ce que ne niaient pas les médecins traitants.

Par conséquent, les troubles actuels n'étaient manifestement pas en relation de causalité avec l'accident de 2009. L'argumentation de l'assuré n'était pas probante

et ne permettait pas de mettre en doute les conclusions du Dr F_____. L'appréciation de ce dernier échappait à toute critique et emportait conviction.

28. Par acte du 24 février 2020, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition des médecins des HUG et à la mise en œuvre d'une expertise, et principalement, à l'annulation de cette décision et à l'octroi de prestations concernant la rechute de l'accident du 7 juin 2009.

Selon le recourant, il existait un lien de causalité entre l'atteinte L5 et l'accident de 2009, ouvrant le droit aux prestations d'assurance-accidents. L'avis du Dr F_____, qui ne l'avait pas examiné, n'était pas probant. Les médecins des HUG ne s'étaient pas prononcés sur le lien de causalité entre l'accident de 2009 et le rétrécissement foraminaux serré L5-S1 droit et leur avis n'avait pas été requis sur ce plan. L'intimée avait ainsi violé son devoir d'instruction. Or, selon les explications que lui avaient données ces médecins, cette atteinte ne serait pas survenue sans l'accident de 2009. Il convenait donc d'instruire cette question.

29. Par réponse du 19 mars 2020, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Faute de traitement pendant près de 10 ans, l'atteinte traumatique devait être considérée comme guérie, quand bien même il existait une petite séquelle qui ne présentait aucune preuve d'une dégradation majeure objective. Ce n'était que depuis quelques années que le recourant avait noté une très lente apparition des symptômes sensitifs et moteurs, lesquels n'avaient toutefois pas nécessité de traitement médical puisque le recourant n'avait consulté un médecin qu'en mai 2019, après avoir annoncé une rechute en mars 2019 par crainte que l'intimée ne prenne plus le cas en charge.

La zone actuelle des troubles, soit L5 droite, était différente de la zone impactée par l'accident en 2009, soit L4 droite. Quand bien même une petite séquelle neurologique chronique de L4 droite avait été reconnue par le Dr F_____, celle-ci ne justifiait aucun traitement actuellement. L'intimée a ajouté qu'il n'y avait pas lieu de compléter le dossier avec un avis des médecins des HUG dès lors que ceux-ci mentionnaient clairement que le rétrécissement foraminaux serré L5-S1 était un problème chronique dégénératif. Elle ne contestait pas la valeur probante des rapports des médecins traitants, dont l'avis rejoignait celui du Dr F_____.

30. Par réplique du 10 juin 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions.
31. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000

(LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2 ; ATAS/335/2019 du 23 avril 2019 consid. 3). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).
5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à nier le droit du recourant à des prestations d'assurance pour les troubles annoncés le 27 mars 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

b. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1).

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

7. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202).

Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et

l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4 et les références).

8. a. 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).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral 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).

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

e. 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).

f. 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 (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. Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPG (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2019 du 11 septembre 2020 consid. 5.2.4 et les références).

En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3a et 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

10. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les

renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.1). Il s'agit de voir dans quelles mesure et étendue une instruction sur le plan médical doit être ordonnée pour que l'état de fait déterminant du point de vue juridique puisse être considéré comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_667/2012 du 12 juin 2013 consid. 4.2). Le principe inquisitoire n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4).

b. En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. À cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêt du Tribunal fédéral 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue. Les conséquences de l'absence de preuve d'un tel lien entre la nouvelle atteinte et l'accident doivent être supportées par l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_229/2016 du 9 novembre 2016 consid. 4.2). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références).

11. 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).

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il 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). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). En outre, lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation d'un médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires (arrêt du Tribunal fédéral 8C_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.4 et les références).

12. En l'espèce, le recourant fait valoir que les troubles qu'il a annoncés le 27 mars 2019 doivent être pris en charge par l'intimée, au motif qu'ils seraient une rechute de l'accident survenu le 7 juin 2009, ce que conteste l'intimée.

Il est établi que le recourant a été victime d'un accident le 7 juin 2009, dont les suites ont été prises en charge par l'intimée. Cet accident lui a causé une hernie discale L3-L4, entraînant notamment des douleurs et des paresthésies au membre inférieur droit (rapports du 8 juin 2009 du Dr C_____ et du 10 juin 2009 du Dr E_____). Cette hernie discale en L3-L4 a été traitée chirurgicalement le 10 juin 2009 par le Dr E_____ et à compter du 13 juillet 2009, le recourant a repris son activité professionnelle (cf. courriel de l'employeur du 14 septembre 2009). Il est également établi qu'une fois le traitement de cette atteinte terminé, le recourant n'a plus consulté de médecin, ni pris de médicaments, ni suivi de thérapies en lien avec des symptômes au membre inférieur droit (cf. questionnaire en cas de rechute signé par le recourant le 31 mars 2019), et ce jusqu'au 15 mai 2019, date à laquelle l'intéressé a consulté le Dr G_____ en raison de la réapparition, depuis plusieurs années, de troubles essentiellement sensitifs, peu douloureux, et dans une très faible mesure moteurs, à la jambe droite (rapport du Dr G_____ du 15 mai 2019).

Il résulte par ailleurs des investigations effectuées en 2019 par les médecins des HUG que la symptomatologie du recourant s'expliquait alors par une radiculopathie en L4 et en L5, du côté droit (rapports des Drs I_____ et J_____ des 14 et 19 août 2019, rapport des Drs K_____ et L_____ du 8 novembre 2019), ce que le Dr F_____ (rapport du 26 septembre 2019) et l'intimée ne contestent pas.

S'agissant d'abord de la radiculopathie en L4, les médecins des HUG ont été d'avis que celle-ci était due à la lésion chronique suite à la compression de l'ancienne hernie discale L3-L4 droite opérée en 2009 (rapports des Drs I_____ et J_____ des 14 et 19 août 2019, rapport des Drs K_____ et L_____ du 8 novembre 2019). Le médecin-conseil de l'intimée a estimé également que la hernie discale L3-L4 traumatique avait laissé une séquelle neurologique chronique en L4 droite (rapports du Dr F_____ des 26 septembre, 25 novembre 2019 et 13 janvier 2020). S'il est ainsi établi que la séquelle neurologique chronique en L4 est en lien avec l'accident survenu le 7 juin 2009, il n'en demeure pas moins que selon les spécialistes ayant examiné le recourant, les symptômes dus à cette atteinte, soit une hypoesthésie avec paresthésies à la jambe droite, sont connus et stables depuis 2009 (cf. rapports du Dr I_____ des 14 et 19 août 2019 et rapport du Dr K_____ du 8 novembre 2019). Ces médecins n'ont ainsi fait état de l'existence d'aucune aggravation de la lésion chronique en L4 à droite depuis 2009. Qui plus est, il ne résulte pas non plus des pièces versées au dossier que cette atteinte aurait nécessité, entre 2009 et le 23 janvier 2020 (date déterminante de la décision litigieuse), une quelconque mesure thérapeutique ou justifié une incapacité de travail.

Compte tenu de ce qui précède, il est établi que la radiculopathie en L4 est due à une séquelle neurologique chronique en lien de causalité naturelle avec l'accident du 7 juin 2009. Cela étant, en l'absence d'un traitement médical ou d'une incapacité de travail en lien avec cette atteinte, le recourant n'a, en l'état, pas droit à des prestations de la part de l'intimée.

S'agissant ensuite de la radiculopathie en L5, le recourant est d'avis qu'elle serait en lien avec l'accident survenu en 2009, ce que nie l'intimée, en se fondant sur les appréciations du Dr F_____.

Il convient à titre liminaire de relever que les conclusions du Dr F_____, médecin-conseil de l'intimée, ont été établies sur dossier uniquement. Cet élément ne remet toutefois pas en question la valeur probante de ses avis, pour autant qu'ils se fondent sur suffisamment de pièces établies suite à un examen clinique du recourant et qu'ils répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Or, la chambre de céans constate que les appréciations, pour le moins succinctes du Dr F_____, ne comportent ni la description des pièces figurant au dossier, ni une anamnèse, ni les plaintes du recourant. Qui plus est, ses conclusions n'apparaissent pas dûment motivées. En effet, ce médecin-conseil semble considérer que la compression de L5 à droite n'est pas en relation de causalité naturelle avec l'événement de 2009 car celui-ci a décompensé une hernie discale en L3-L4, soit une autre zone que la L5. Or, il résulte des pièces versées au dossier que lors de son

accident, le recourant a aussi présenté des paresthésies en L5 à droite et que le scanner effectué dans les heures qui ont suivi a révélé une hernie discale en L4-L5 droite postéro-latérale et récessale ainsi qu'un débord discal circonférentiel en L4-L5 (rapport du 8 juin 2009 du Dr D_____). Ainsi, en omettant de prendre en considération ces éléments dans le cadre de ses appréciations, le Dr F_____ n'a pas établi des conclusions pleinement convaincantes. Pour l'ensemble de ces motifs, ses rapports ne peuvent se voir accorder valeur probante.

Par ailleurs, les autres pièces versées au dossier ne répondent pas non plus aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. En effet, les rapports des spécialistes des HUG ne contiennent ni anamnèse, ni description des pièces figurant au dossier, voire même aucun descriptif de l'accident survenu le 7 juin 2009. Qui plus est, et surtout, ces médecins ne se sont nullement prononcés sur la question litigieuse du lien de causalité naturelle entre la radiculopathie en L5 à droite et l'événement assuré (cf. rapports des 14 et 19 août 2019 du Dr I_____ et du 8 novembre 2019 du Dr K_____). Quant au Dr G_____, il y a lieu de constater que ce médecin a établi ses rapports datés des 15 mai et 18 juillet 2019 sans avoir à disposition le dossier médical du recourant relatif à l'accident du 7 juin 2009. De surcroît, ce médecin ne s'est pas non plus prononcé sur le lien de causalité entre l'événement assuré et l'atteinte en L5 à droite. Au demeurant, le seul fait que le Dr G_____ ait utilisé le terme « dégénératif » dans ses rapports ne suffit pas, contrairement à ce qu'avance l'intimée, à exclure un lien de causalité entre cette atteinte et l'accident du 7 juin 2009, puisque cette question n'a pas fait l'objet d'une étude fouillée de la part de ce médecin.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de trancher le fond du litige. Vu l'instruction presque inexistante, faute d'avis médicaux un tant soit peu probants sur la question litigieuse de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte en L5 et l'accident du 7 juin 2009, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle procède à des investigations complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, administrer les preuves nécessaires, si besoin par une expertise, avant de rendre une nouvelle décision (cf. art. 43 al. 1 LPGa).

13. Partant, le recours sera partiellement admis. La décision litigieuse sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
14. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGa ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA -E 5 10] ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à la charge de l'intimée.
15. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 23 janvier 2020.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie CARDINAUX

Blaise PAGAN

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