

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/687/2026

ATAS/655/2026

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 juillet 2026

Chambre 10

En la cause

A_____

recourant

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Joanna JODRY, présidente ; Christine TARRIT-DESHUSSES et
Andres PEREZ, juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1953, travaillait en qualité de menuisier lorsqu'il a subi, le 5 mars 1985, un choc direct sur la colonne lombaire ayant entraîné des lombosciatalgies gauches avec une hernie discale L5-S1, qui a notamment justifié trois interventions chirurgicales.
- b.** Son assureur-accidents, la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA), a pris en charge les suites du sinistre et les rechutes annoncées.
- c.** L'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la SUVA à plusieurs reprises, notamment les 19 mai 1992, 22 octobre 1993, 16 décembre 1994 et 3 juin 1996, et un rapport final a été établi le 2 octobre 1996.
- d.** Par décision du 27 août 1998, la SUVA a octroyé à l'assuré une rente d'invalidité de 30% dès le 1^{er} décembre 1997 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité correspondant au taux de 30%.
- e.** L'intéressé a contesté le taux d'invalidité retenu, faisant valoir que l'office de l'assurance-invalidité lui avait reconnu un degré d'invalidité de 70% et versé une rente en conséquence.
- f.** Par décision sur opposition du 28 septembre 2000, la SUVA a partiellement admis l'opposition de l'assuré en tant qu'elle a porté le taux d'invalidité à 33.33%.
- B.** **a.** En date du 15 janvier 2025, l'assuré a informé la SUVA que son état de santé s'était beaucoup dégradé depuis « fin 2023 et surtout début 2024 », avec notamment l'apparition d'une nouvelle hernie. Il a sollicité la prise en charge d'un corset, de cures et l'achat d'un stimulateur électrique et demandé si une nouvelle évaluation de son invalidité et de son atteinte à l'intégrité était possible.
- Il a joint plusieurs documents, soit :
- un rapport du 13 décembre 2024 du docteur B_____, généraliste en France, faisant état d'un suivi régulier par un rhumatologue avec en novembre 2013 une lombarthrose sévère aux radios en L4-L5 et L5-S1, d'une poussée douloureuse en mai 2015 ayant nécessité un nouveau traitement médicamenteux ; il avait été consulté le 2 février 2024 à la suite d'une douleur rachialgique et radiculaire, avec mise sous cortisone et morphine d'emblée ; des examens complémentaires avaient été réalisés et le traitement médicamenteux s'était poursuivi, avec des séances de kinésithérapie ; la confection d'un nouveau corset s'imposait et des cures thermales étaient une nécessité, ainsi que l'achat d'une TENS (pour *Tanscutaneous Electrical Nerve Stimulator* [stimulateur électrique transcutané]) ;

- un rapport du 9 février 2024 consécutif à une TDM (pour tomodensitométrie) lombaire ayant mis en évidence des discopathies dégénératives en L3-L4, L4-L5 et L5-S1 ;
- un rapport du 17 mai 2024 du docteur C_____, spécialiste en neurochirurgie en France, relatant l'apparition d'une douleur crurale aiguë en janvier 2024, résumant les examens cliniques et paracliniques, et diagnostiquant des lombalgies chroniques stables.

b. Dans une appréciation du 29 mai 2025, le docteur D_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin d'assurance, a estimé que les troubles actuellement invoqués au niveau du dos n'étaient pas imputables, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'événement du 5 mars 1985, car l'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 9 février 2024 montrait des altérations multiétagées du rachis, décrites clairement comme étant d'origine dégénérative. Il s'agissait d'une atteinte globale du rachis, qui ne pouvait être imputé à l'événement assuré, au degré de la vraisemblance prépondérante.

c. Par décision du 22 octobre 2025, la SUVA a refusé de verser des prestations, au motif qu'il n'y avait aucun lien de causalité, certain ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 5 mars 1985 et les troubles dorsaux.

d. Le 28 mai 2025, l'assuré a indiqué ne pas être d'accord avec cette prise de position.

e. Par décision sur opposition du 14 janvier 2026, distribuée le 23 janvier 2026, la SUVA a rejeté l'opposition de l'intéressé. Selon l'appréciation de son médecin-conseil, aucun lien de causalité naturelle ne pouvait être établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'événement du 5 mars 1985 et les altérations dégénératives multiétagées du rachis. En outre, le taux de sa rente d'invalidité n'était quoi qu'il en soit plus révisable depuis 2018, année au cours de laquelle il avait atteint l'âge de 65 ans.

C. a. Le 17 février 2026, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : chambre de céans) d'un recours contre la décision précitée, dont il a sollicité l'annulation, au motif que l'instruction de son dossier était incomplète. En substance, il a contesté l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée, insuffisamment étayée, et soutenu que les examens médicaux récents avaient mis en évidence des atteintes associées à une dégradation clinique importante, dont le lien avec l'accident de 1985 ne pouvait être nié sans expertise indépendante et neutre. Il a notamment relevé que son état de santé avait fait l'objet d'un suivi médical constant depuis l'octroi d'une rente d'invalidité, avec des traitements, des infiltrations, des périodes d'aggravation, des limitations fonctionnelles importantes et des douleurs chroniques.

b. Dans sa réponse du 24 mars 2026, l'intimée a conclu au rejet du recours, relevant que son médecin-conseil s'était prononcé en toute connaissance de cause sur la base d'un dossier médical complet.

c. Le recourant a répliqué et maintenu ses conclusions, estimant que les éléments médicaux démontrant une continuité des troubles depuis l'accident initial, incluant des rechutes, des interventions chirurgicales et une aggravation progressive, étant ajouté qu'une évolution dégénérative pouvait constituer la conséquence d'un traumatisme initial et n'excluait pas un lien de causalité.

d. Copie de cette écriture a été transmise à l'intimée et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 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.

1.3 Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2. Le recours porte sur le bien-fondé de la décision du 14 janvier 2026, par laquelle l'intimée a rejeté la demande du 15 janvier 2025 du recourant, au motif qu'il n'y avait aucun lien de causalité, certain ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 5 mars 1985 et les troubles dorsaux.

3. 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 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

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).

3.1 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). 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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

En cas de lombalgies et lombosciatalgies, la jurisprudence admet qu'un accident a pu décompenser des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, auparavant asymptomatiques. En l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, elle considère toutefois que selon l'expérience médicale, le *statu quo sine* est atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année. Il n'en va différemment que si l'accident a entraîné une péjoration déterminante, laquelle doit être établie par des moyens radiologiques et se distinguer d'une évolution ordinaire liée à l'âge (arrêts du Tribunal fédéral 8C_315/2023 du 9 janvier 2014 consid. 6.1 et les références ; 8C_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 et les références).

Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C_256/2023 du 25 janvier 2024 consid. 3 et les références). Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être

prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (voir notamment RAMA 2000 n. U 378 p. 190 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.1).

3.2 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 atteinte 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 ; 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 ; RAMA 2006 n. U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de 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, et 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_302/2023 du 16 novembre 2023 consid. 6.1 et les références).

3.3 Conformément à l'art. 10 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (al. 1 let. a) ; aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (al. 1 let. b) ; au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital (al. 1 let. c) ; aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (al. 1 let. d) ; aux moyens et appareils servant à la guérison (al. 1 let. e). L'assuré peut choisir librement son médecin, son dentiste, son chiropraticien, sa pharmacie et l'hôpital ou l'établissement de cure dans lequel il veut se faire soigner (al. 2). Le Conseil fédéral peut définir les prestations obligatoirement à la charge de l'assurance et limiter la couverture des frais de traitement à l'étranger. Il peut fixer les conditions que l'assuré doit remplir pour avoir droit à l'aide et aux soins à domicile (al. 3).

En vertu de l'art. 11 LAA, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction. Le Conseil fédéral établit la liste de ces moyens auxiliaires (al. 1). Les moyens auxiliaires sont d'un modèle simple et adéquat. L'assureur les remet en toute propriété ou en prêt (al. 2).

3.4 Selon l'art. 21 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants : lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle (al. 1 let. a) ; lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (al. 1 let. b) ; lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (al. 1 let. c) ; lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (al. 1 let. d). L'assureur peut ordonner la reprise du traitement médical (al. 2). En cas de rechute et de séquelles tardives et, de même, si l'assureur ordonne la reprise du traitement médical, le bénéficiaire de la rente peut prétendre non seulement à la rente, mais aussi aux prestations pour soins et au remboursement de frais (art. 10 à 13). Si le gain de l'intéressé diminue pendant cette période, celui-ci a droit à une indemnité journalière dont le montant est calculé sur la base du dernier gain réalisé avant le nouveau traitement médical (al. 3).

Conformément à la jurisprudence, l'art. 21 al. 1 LAA, en vertu duquel l'assureur-accidents couvre les prestations pour soins et le remboursement des frais selon les art. 10-13 LAA si l'assuré est bénéficiaire d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et qu'il remplit une des conditions prévues aux let. a-d, vaut seulement lorsqu'il s'agit d'accorder une telle prestation (pour la première fois). Il ne concerne pas le cas dans lequel c'est la continuation de la prestation au-delà de la liquidation du cas qui est en discussion, ou qu'il est question de réparation ultérieure, d'adaptation ou de remplacement. Ici il existe une garantie de l'acquis en fonction des besoins au-delà de la liquidation du cas (ATF 143 V 148 consid. 6).

Par ailleurs, le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de constater qu'il ne ressort pas de l'art. 21 al. 1 let. c LAA qu'il existe une limitation à la prestation avec l'entrée à l'âge de la retraite AVS ou, le cas échéant, avec la fin de l'activité lucrative prévue à une date ultérieure (ATF 149 V 224 consid. 6).

3.5 Selon l'art. 17 LPGA, la rente d'invalidité est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée, réduite ou supprimée, lorsque le taux d'invalidité de l'assuré subit une modification d'au moins 5 points de pourcentage (al. 1 let. a), ou atteint 100% (al. 1 let. b). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande,

augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2).

L'art. 22 LAA dispose qu'en dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA, la rente ne peut plus être révisée à compter du mois au cours duquel l'ayant droit perçoit de manière anticipée la totalité de sa rente de vieillesse en vertu de l'art. 40 al. 1 de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS - RS 831.10), mais au plus tard lorsqu'il atteint l'âge de référence fixé à l'art. 21 al. 1 LAVS.

L'âge de la retraite AVS sert de référence pour la suppression de la possibilité de révision des rentes LAA. Cela ressort du message relatif à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 18 août 1976, aux termes duquel « la possibilité de révision de la rente disparaît bien entendu lorsque les hommes ont accompli leur 65^e année et les femmes leur 62^e année, car ce moment marque le début du droit à la rente de vieillesse, succédané du revenu de l'activité lucrative qui va peu à peu diminuant ou cesse » (FF 1976 III 141, p. 193 ; cf. ATF 134 V 131 consid. 6.1).

L'art. 22 LAA concerne exclusivement la révision de rentes d'invalidité LAA en cours (arrêt du Tribunal fédéral U 149/03 du 22 mars 2004 consid. 3).

4. 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 libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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).

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).

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 même faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4).

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 ; 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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard,

il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

5. 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 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).
6. En l'espèce, dans sa décision sur opposition du 14 janvier 2026, l'intimée a considéré qu'aucun lien de causalité naturelle ne pouvait être établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'événement du 5 mars 1985 et les altérations dégénératives multiétagées du rachis, de sorte qu'elle a refusé de prester.

Cette appréciation est fondée sur l'avis du 29 mai 2025 du Dr D_____, lequel a estimé que les troubles actuellement invoqués au niveau du dos n'étaient pas imputables, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'événement du 5 mars 1985, car l'IRM du 9 février 2024 montrait des altérations multiétagées du rachis, décrites clairement comme étant d'origine dégénérative.

6.1 La chambre de céans ne peut que constater que ce rapport ne saurait se voir attribuer une quelconque valeur probante.

En effet, la brève détermination du médecin de l'intimée renvoie aux « différentes pièces du dossier » et aux rapports produits par le recourant à l'appui de sa rechute, sans que ces pièces ne soient discutées, ni même résumées ou seulement énumérées. Son avis ne comporte aucune anamnèse, aucune description des plaintes du recourant, aucun diagnostic. La seule motivation du Dr D_____ tient en l'existence d'« altérations multiétagées du rachis, décrites clairement comme étant d'origine dégénérative », ce qui n'est clairement pas suffisant dans le cas présent.

En effet, il ressort des pièces du dossier de l'intimée que son médecin-conseil avait retenu, dans son examen final du 3 octobre 1996, que l'accident du

5 mars 1985 avait entraîné des lombosciatalgies gauches avec une hernie discale postéro-médiane L5-S1, ayant nécessité trois interventions à ce niveau en 1986, 1988 et 1991. Le médecin-conseil avait estimé qu'une arthrodèse n'était pas indiquée « pour l'instant », surtout en raison de la présence d'une discopathie L4-L5 et L5-S1 bien visible aux dernières radiographies. Selon lui, les interventions répétées pour hernie discale n'ayant touché que l'espace L5-S1, il fallait admettre que la discopathie L4-L5 n'était pas en rapport avec l'accident mais ressortait d'un état purement dégénératif. Les examens radiologiques réalisés le 2 octobre 1996 avaient notamment mis en exergue une double discopathie lombaire inférieure L4 à S1 avec une légère ostéophytose réactionnelle.

À noter que les rapports du 15 avril 1987 de la clinique de médecine rééducative de la SUVA et du médecin d'arrondissement du 3 février 1987 faisaient état, à l'anamnèse, d'une première opération le 21 mai 1985 pour discolyse L5-S1, puis d'une nouvelle intervention le 17 janvier 1986 afin de retirer des fragments résiduels, si bien que les dates des deux premières interventions mentionnées dans le rapport du 3 octobre 1996 paraissent erronées. De plus, selon le rapport du médecin d'arrondissement du 2 juin 1992, la troisième opération avait eu lieu le 23 octobre 1991 pour récurrence de hernie discale L5-S1 gauche, et le scanner réalisé le 21 avril 1992 avait notamment mis en évidence une nouvelle récurrence de hernie discale au niveau du trou de conjugaison gauche de L4-L5 et au contact du fourreau dural au niveau de l'émergence de S1 à gauche. Le rapport du médecin-conseil de l'intimée du 5 novembre 1993 indiquait par ailleurs que des radiographies effectuées au mois d'août 1994 avaient montré un pincement total postérieur de l'interligne L5-S1 avec une petite ostéocondensation des plateaux vertébraux à ce niveau. Le 16 décembre 1994, le médecin de l'intimée avait relevé qu'il existait des discopathies franches L4-L5 et débutantes au niveau de L3-L4, et évoqué une instabilité vertébrale, également mentionnée dans les rapports des 3 juin et 3 octobre 1996.

Selon l'estimation de l'atteinte à l'intégrité du médecin de l'intimée, datée du 22 octobre 1993, était retenu un taux de 30% pour « Status après hernie discale L5-S1. Intervention itérative. Fibrose. Syndrome algique résiduel ».

Ainsi, le rapport de causalité entre l'accident et les troubles à l'étage L5-S1 avait été admis et le recourant présentait encore à ce niveau, au moment de la clôture du cas, des atteintes imputables à l'accident.

Les conclusions du Dr D_____ semblent donc, en l'absence de toute argumentation, contraires à l'évaluation de ses prédécesseurs.

Partant, l'intimée ne pouvait pas se fonder sur l'appréciation du 29 mai 2025 du Dr D_____ pour refuser toute prestation au recourant.

Dans ces conditions, la décision litigieuse doit être annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour reprise de l'instruction médicale et nouvelle décision.

6.2 À toutes fins utiles, la chambre de céans observera encore que, dans sa demande formulée le 15 janvier 2025, l'intéressé a sollicité la prise en charge d'un nouveau corset, de cures et d'un stimulateur électrique. Il a notamment produit un rapport du 13 décembre 2024 du Dr B_____, indiquant qu'il avait perdu 12 kg à cause de ses pathologies et que la confection d'un nouveau corset sur mesure s'imposait en raison des douleurs, et que des cures thermales et l'achat d'un TENS seraient également nécessaires.

À cet égard, il sied de constater que le médecin-conseil de l'intimée avait relevé, dans son rapport final du 3 octobre 1996, que l'intéressé portait un lombostat depuis deux ans avec une sédation douloureuse de près de 60%, et que selon l'appréciation du 5 novembre 1993 du médecin de l'intimée, le syndrome algique avait répondu favorablement à la neuro-stimulation et qu'il fallait persévérer dans cette direction.

Dès lors que la rente du recourant a été fixée par décision, son éventuel droit à la prise en charge du traitement et de moyens auxiliaires s'examine conformément à l'art. 21 LAA.

Il incombera donc à l'intimée de déterminer, conformément à cette disposition et à la jurisprudence y relative, si le recourant peut se prévaloir d'un droit acquis pour le renouvellement de son corset et s'il peut prétendre à la continuation de la prise en charge des traitements déjà accordés avant la fixation de sa rente d'invalidité, en particulier des éventuelles cures thermales et d'une stimulation électrique.

6.3 Le recourant a requis la révision de son indemnité pour atteinte à l'intégrité.

À cet égard, il sera relevé que l'art. 36 al. 4 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) dispose qu'il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité et qu'une révision n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible.

Si des discopathies en L5-S1 existaient déjà lors de l'examen final du médecin d'arrondissement de l'intimée en 1996, il convient également de constater que le Dr B_____ a fait état d'une « lombarthrose sévère aux radios en L4L5 et L5S1 » en novembre 2013, atteinte qui n'a pas été mentionnée dans l'estimation du médecin de l'intimée en octobre 1993. De même, les Drs B_____ et C_____ ont constaté que la tomodensitométrie a révélé une quasi-fusion L4-L5 et L5-S1, qui ne ressort pas non plus des examens antérieurs.

Il incombera donc à l'intimée, après avoir complété l'instruction médicale, d'examiner si le recourant présente une aggravation importante et imprévisible de son état de santé justifiant la révision du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

6.4 Enfin, le recourant a également demandé si une nouvelle évaluation de son invalidité était possible, faisant valoir une aggravation de son état de santé « depuis fin 2023 et surtout début 2024 ».

La chambre de céans relèvera à l'attention de l'intéressé que l'aggravation de l'état de santé dont il se prévaut remonte au plus tard à la fin de l'année 2023, soit après la date de référence du 14 novembre 2018, et donc à une période où une révision de sa rente d'invalidité n'était plus possible en raison de son âge.

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur toutes les prestations sollicitées par le recourant dans sa demande du 15 janvier 2025.

Le recourant, qui obtient gain de cause, n'est pas représenté par un mandataire et n'a pas allégué des frais particulièrement importants pour défendre ses droits dans le cadre de la présente procédure, de sorte qu'aucune indemnité ne lui sera accordée à titre de participation à des frais et dépens (art. 61 let. g LPGa ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGa *a contrario*).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition rendue le 14 janvier 2026 par l'intimée.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision, dans le sens des considérants.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

La présidente

Laurine CHAPUIS

Joanna JODRY

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