RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/728/2022 **ATAS/394/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 31 mai 2023

Chambre 4

En la cause

A_____	recourant
représenté par Me Guillaume ETIER, avocat	
et	recourante
VISANA SA	
contre	
SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS	intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, présidente ; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1973, a travaillé en qualité d'aide plâtrier-peintre auprès de B_____ SA depuis le 1er juin 2015. À ce titre, il était assuré contre les accidents – professionnels ou non – auprès de la SUVA - caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée).

b. Le 7 novembre 2017, l'assuré a été victime d'une collision en chaîne impliquant quatre véhicules, y compris le sien. Alors qu'il se trouvait à l'arrêt en tête de file, l'arrière de son véhicule a été heurté par la voiture qui le suivait, sans que l'airbag ne se déclenche (procès-verbal de police du 20 novembre 2017).

Suite au choc, l'assuré s'est plaint de douleurs à la nuque, à l'épaule gauche et à la main droite. Il s'est rendu par ses propres moyens à la Clinique et Permanence C_____ (ci-après : la Permanence) (procès-verbal de police du 20 novembre 2017).

c. Lors de l'examen clinique, les médecins de l'établissement précité ont constaté que la palpation rachidienne était sensible diffusément. S'agissant de la colonne lombaire, la palpation et la percussion étaient sans problèmes. L'assuré n'avait pas de déficit sensitivomoteur. Les médecins ont posé le diagnostic de syndrome cervico- et lombo-vertébral post-traumatique sans « red flag », un traitement par antalgie et myorelaxant a été prescrit et un arrêt de travail jusqu'au 10 novembre 2017 a été délivré (cf. rapport relatif à la consultation du 7 novembre 2017 établi le 12 septembre 2018 par la docteure D_____).

d. Des radiographies de la colonne lombaire de l'assuré réalisées le 21 novembre 2017 ont montré au niveau lombaire un pincement L5-S1 et une arthrose hypertrophiante des articulaires postérieures au niveau L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'une surélévation de l'hémi-bassin gauche.

e. Le 13 décembre 2017, l'assuré s'est une nouvelle fois rendu à la Permanence. Depuis la veille, il ressentait des lombalgies irradiant dans les jambes. À l'examen clinique, la palpation lombaire était indolore. En revanche, la zone paralombaire droite était contractée et douloureuse. Une hyposensibilité superficielle postérieure du membre inférieur droit a été constatée. Le releveur des hallux était symétrique. Il en allait de même de la flexion des pieds contre résistance en position couchée. L'assuré n'arrivait toutefois pas à se mettre sur la pointe des pieds à cause de la douleur. La manœuvre de Lasègue était positive à droite, avec une douleur jusqu'au genou. À gauche, elle provoquait une douleur lombaire. Les réflexes ostéotendineux rotuliens et achilléens n'avaient pas été obtenus des deux côtés. Le diagnostic de lombosciatalgies droites a été posé et l'assuré a été adressé à son médecin traitant pour la suite des investigations.

f. Une IRM lombaire réalisée le 15 décembre 2017 a montré des discopathies L3-L4-L5 et L5-S1 avec signal inflammatoire aigu au niveau L4-L5, une volumineuse hernie discale L4-L5, sténosant complètement le canal, ainsi qu'une protrusion L5-S1 paramédiane gauche, rétrécissant le récessus (cf. rapport du docteur E_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, du 31 janvier 2018).

g. Le 19 décembre 2017, l'assuré a été examiné par le Dr E_____, qui a posé le diagnostic de lombosciatalgies bilatérales et troubles de la marche par atteinte proprioceptive sur volumineuse hernie discale post-traumatique L4-L5 médiane, avec sténose canalaire sévère. Vu l'IRM du 15 décembre 2017, une intervention chirurgicale semblait nécessaire.

h. Le 22 décembre 2017, le Dr E_____ a procédé à l'intervention suggérée, à savoir une laminectomie L4 partielle par abord inter-épineux, herniectomie et discotomie L4-L5 bilatérale.

i. La SUVA a soumis le dossier de l'assuré à son médecin d'arrondissement, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans une brève note manuscrite du 4 juin 2017, ce médecin a considéré que la causalité ne pouvait être retenue selon la vraisemblance prépondérante.

j. Par décision du 18 juin 2018, la SUVA a mis un terme à ses prestations avec effet au 19 décembre 2017, les troubles ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 20 décembre 2017 n'étant pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident assuré.

k. Par courrier du 20 août 2018, l'assuré, représenté par son conseil, s'est opposé à la décision du 18 juin 2018.

l. Le 13 mars 2019, la SUVA a écarté l'opposition du 20 août 2018.

m. L'assuré a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans ou la CJCAS), concluant au versement des prestations par l'intimée au-delà du 19 décembre 2017.

n. Les parties ont été entendues lors d'une audience du 7 octobre 2019.

o. Par arrêt du 14 avril 2020 (ATAS/283/2020), la chambre de céans a estimé qu'il devait être considéré, conformément à la jurisprudence en la matière, que l'accident du 7 novembre 2017 n'avait pas pu causer la hernie discale dont souffrait le recourant. Cela étant, l'intimée n'avait pas investigué la question d'une décompensation alors même que le Dr E_____ avait évoqué une telle possibilité, ni la question de l'aggravation d'un état dégénératif préexistant. En conséquence, la cause a été renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire.

B. **a.** Le 9 novembre 2020, la docteure G_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, du centre de compétence en médecine des assurances de la SUVA, a conclu que

l'assuré avait subi une contusion lombaire dans le contexte d'un accident de la voie publique le 7 novembre 2017, sans lésions structurelles objectivées lors du bilan radiologique par radiographie et d'un examen neurologique, lesquels étaient normaux le jour de l'accident. Une possible inflammation après l'événement pouvait expliquer des douleurs paralombaires transitoires d'un état antérieur. La discopathie avec hernie discale L4-L5, qui avait été démontrée par l'IRM lombaire du 15 décembre 2017 et opérée par le Dr E_____, était une lésion dégénérative non liée à l'événement initial, au degré de la vraisemblance prépondérante, en raison de l'absence de déficit neurologique immédiatement après l'événement ou de lésions classiques comme des fractures ou luxations facettaires, selon le bilan radiologique.

L'accident avait ainsi aggravé l'état antérieur de manière transitoire avec un lumbago. Un *statu quo sine* était difficile à juger, étant donné que l'assuré avait été entre temps opéré. L'état antérieur était à estimer à la date de l'IRM du 15 décembre 2017 environ.

b. Par décision du 18 décembre 2020, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait fin aux indemnités journalières et frais de traitement au 20 décembre 2017. Elle renonçait à bien plaire à demander le remboursement des indemnités journalières versées à tort à l'assuré pour la période du 20 décembre 2017 au 14 janvier 2018.

c. Le 21 décembre 2020, l'assuré a formé opposition à la décision précitée, faisant valoir, par écriture du 29 janvier 2021, qu'il était patent que s'il présentait avant l'événement traumatique des discopathies et hernie dégénératives, celles-ci avaient été substantiellement aggravées et/ou décompensées par l'accident dans une mesure telle qu'il se trouvait encore à ce jour incapable de travailler et subissait toujours les suites de son accident. La Dre G_____ avait relevé que l'accident avait, avec vraisemblance prépondérante, aggravé l'état antérieur de manière transitoire. Son avis rejoignait ainsi celui exprimé par le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, chirurgien de la colonne vertébrale, et le Dr E_____. Une simple décompensation justifiait une prise en charge à tout le moins pendant six à neuf mois, au plus douze mois. Une véritable aggravation, du type de celle subie par l'assuré et reconnue par les médecins, justifiait au contraire une prise en charge jusqu'à retour complet au *statu quo ante vel sine*, sans limitation temporelle. Le fait de limiter la prise en charge à quelques six semaines intervenait donc en violation des règles jurisprudentielles que l'on soit en présence d'une simple décompensation ou d'une véritable aggravation d'un état antérieur. En tout état, l'assuré souffrait encore très fortement des suites de son accident, étant rappelé qu'il était totalement asymptomatique avant l'événement traumatique. La SUVA ne pouvait donc ignorer ses souffrances, ses limitations et ses troubles et devait prester jusqu'à son complet rétablissement.

d. VISANA SA, en qualité d'assureur-maladie de l'assuré, a également formé opposition à la décision du 18 décembre 2020. Elle fait valoir, le 27 janvier 2021,

que les appréciations neurochirurgicales des 25 août et 9 novembre 2020 de la Dre G_____ ne répondaient pas aux questions posées par la Cour de justice, en particulier du fait qu'il ne s'agissait, pour ces deux rapports, que d'une évaluation sur dossier. Pour répondre à la question du retour à un *statu quo*, un examen clinique complet, rhumatologique et neurologique, s'imposait. Un tel examen pouvait se faire dans le cadre d'une expertise.

La Dre G_____ n'avait pas fourni de réponses différenciées et avait repris les prises de position précédentes de l'assurance-accidents.

e. La SUVA a reçu le 26 février 2020 un rapport établi le 18 février 2020 par le Dr H_____ concluant qu'il était très probable que même dans le contexte d'une discopathie dégénérative préexistante L4-L5, il y avait eu expulsion d'une hernie discale avec apparition de symptômes aigus suite à l'accident.

f. Le 26 avril 2021, la Dre G_____ a estimé qu'il n'y avait pas de nouvel argument médical susceptible de changer sa dernière appréciation avec vraisemblance prépondérante.

g. Par décision sur opposition du 31 janvier 2022, la SUVA a considéré que les opposants n'apportaient pas d'éléments concrets propres à douter des conclusions de la Dre G_____, qui étaient fondées sur des éléments objectifs. En conséquence, elle était légitimée à mettre un terme à ses prestations à l'assuré à partir du 20 décembre 2017.

C. **a.** Le 3 mars 2022, l'assuré a formé recours contre la décision sur opposition précitée, concluant à l'apport de la procédure de l'assurance-invalidité et à la suspension de la procédure jusqu'à droit connu dans le cadre de la procédure actuellement pendante par-devant l'assureur-invalidité. Principalement, il concluait à l'annulation de la décision et à ce qu'il soit dit qu'il avait droit aux prestations de l'intimée rétroactivement au 19 décembre 2017, avec suite de frais et dépens.

À l'appui de son recours, le recourant a produit :

- le rapport d'expertise médicale rhumatologique établi le 11 mai 2021, à la demande de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), par le docteur I_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecin interne. Ce médecin a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombosciatalgies droites récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire. Les diagnostics ayant des incidences sur la capacité fonctionnelle impliquaient la capacité de travail de l'assuré, dans son activité habituelle de paysagiste-maçon et peintre, était de 0% dès novembre 2017. Jusqu'en 2019, on avait assisté à la persistance de douleurs lombaires basses malgré les infiltrations péridurales et le status post-laminectomie L4-L5. En novembre 2020, l'IRM de la colonne avait permis de statuer sur une amélioration de la composante inflammatoire en L4-L5 passant de grade Modic I à II. Dès lors en décembre 2020, une reprise d'une activité adaptée

aurait raisonnablement pu être exigée. L'âge de l'assuré, sa maîtrise de l'allemand, l'envie de reprendre une activité professionnelle et son entourage constituaient des facteurs de bon pronostic.

- une communication établie le 24 janvier 2022 par l'OAI à l'assuré indiquant qu'il estimait qu'une expertise psychiatrique était nécessaire et qu'elle avait été confiée à la docteure J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

b. Le 4 mars 2022, VISANA SA a également recouru contre la décision sur opposition de la SUVA, concluant, préalablement, à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée et, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et nouvelle décision sur le fond. Aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'était pas établi, l'assurance-accidents devait prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant dans la mesure où il avait été aggravé par l'accident.

c. Par ordonnance du 17 mars 2022, la chambre de céans a ordonné les jonctions des causes ouvertes suite aux recours du recourant et de son assurance-maladie.

d. Le 26 octobre 2022, l'OAI a transmis son dossier du recourant à la chambre de céans qui en avait ordonné l'apport dont il ressort notamment que :

- selon le rapport établi par la Dre J_____, l'assuré souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique depuis mai 2019, dans le contexte de douleurs post accident. Elle a retenu une capacité de travail de 50%, sans baisse de rendement, dans une activité adaptée. L'état psychique de l'assuré s'était fragilisé comme réaction à l'accident routier de novembre 2017, qui avait entrainé des douleurs persistantes, avec des limitations dans les tâches lourdes physiquement, et des difficultés financières. Dans ce contexte, il avait consulté un psychiatre à quelques reprises en mai 2019 suite à une décompensation dépressive qui perdurait, en lien avec sa situation de vie difficile et une fatigue qui le ralentissait.
- par projet de décision du 19 septembre 2022, l'OAI a reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité du 1er avril 2019 au 31 janvier 2021 et à une demi-rente dès le 1er février 2021.

e. Le 23 novembre 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours.

f. Le recourant a répliqué le 7 décembre 2022. Au vu des expertises rhumatologique et psychiatrique du dossier de l'assurance-invalidité, il devait lui être reconnu le droit à des prestations plus importantes de l'intimée. Il paraissait utile de se pencher sur l'expertise psychiatrique réalisée par la Dre J_____ le 7 juin 2022. On ne parvenait pas à discerner à sa lecture si les troubles psychiatriques de l'assuré se surajoutaient aux troubles somatiques et amplifiaient son incapacité de travail. La question devait ainsi être posée à l'experte. Les

experts attestaient d'une capacité de travail réduite, même dans une activité adaptée, de sorte que le recourant était en droit de recevoir une rente de l'intimée.

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. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de ne pas allouer de prestations au recourant au-delà du 19 décembre 2017, faute de lien de causalité naturelle et jusqu'à la date de la décision querellée, soit le 13 mars 2019. À cette date, l'état de santé du recourant n'était alors pas encore stabilisé et la question d'une éventuelle rente d'invalidité ne faisait dès lors pas l'objet de la décision et n'entre pas dans l'objet du litige. Par ailleurs, au moment de la décision, aucun trouble psychique n'avait encore été diagnostiqué et aucune prestation n'était réclamée à l'intimée à ce titre, le recourant n'ayant pas encore consulté un psychiatre, ce qu'il n'a fait qu'en mai 2019. Le litige ne porte ainsi pas non plus sur la question de la prise en charge par l'intimée de l'atteinte du recourant à sa santé psychique.

4.

4.1 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).

4.2 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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. 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.

4.3 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. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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). *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).

4.4 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 (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3).

Compte tenu de ce qui précède, la jurisprudence distingue les cas suivants :

- une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque les critères suivants sont remplis : traumatisme important sur le rachis en mesure de déchirer un disque sain, relation temporelle étroite avec apparition immédiate après l'accident des symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire), anamnèse pré-traumatique vierge de tous symptômes, premières radiographies après l'accident sans aucune image d'altération dégénérative au niveau du segment concerné (arrêts du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3 ; U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2 ; RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3), étant précisé qu'un disque intervertébral sain est à ce point résistant qu'une action violente va plutôt avoir pour effet de fracturer les vertèbres que d'entraîner une lésion des disques intervertébraux. Selon l'expérience médicale, la lésion isolée d'un disque intervertébral due à un accident peut uniquement être provoquée par un effort purement axial de la colonne vertébrale et non par des mouvements de rotation, d'hyperextension ou d'hyperflexion (arrêts du Tribunal fédéral U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1 ; U 332/03 du 3 janvier 2005 consid. 2).
- les critères précités sont également applicables en cas d'aggravation d'un état dégénératif préexistant, de sorte qu'un accident n'est qu'exceptionnellement à l'origine d'une hernie discale même en présence d'un état dégénératif antérieur et ce uniquement lorsque ledit accident est également en mesure de blesser un disque sain (arrêts du Tribunal fédéral U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1 ; U 163/05 du 3 octobre 2005 consid. 3.1).

  Dans un arrêt plus récent, le Tribunal fédéral semble avoir nuancé ce qui précède, en considérant que l'accident en question (véhicule à l'arrêt percuté à l'arrière par un camion) n'était pas de nature à entraîner en soi une hernie discale, sauf si le disque atteint était préalablement dégénéré. Dans un tel cas, l'événement accidentel avait produit soit un étirement radiculaire sur une hernie discale préexistante soit l'extrusion de matériel discal d'un disque préalablement dégénéré. Le Tribunal fédéral a ainsi retenu que la hernie discale avait été déclenchée par l'accident (arrêt 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011). En tout état, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2).
- si la hernie discale est seulement décompensée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à

l'événement accidentel (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3). Dans un tel cas, la preuve médicale de la causalité naturelle est remplacée par la présomption jurisprudentielle - qui se fonde sur la littérature médicale - selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1 ; U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêts du Tribunal fédéral U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 ; U 60/02 du 18 septembre 2002).

4.5

4.5.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, le juge a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

4.5.2 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. 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.

4.5.3 Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur 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 (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee).

Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

4.5.4 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 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).

4.5.5 Lorsque l'assuré présente 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 lui. 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

4.6 La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties 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). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

4.7 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).

4.8 Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2 ; U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

5.

5.1 En l'espèce, la CJCAS a déjà jugé, dans son arrêt du 14 avril 2020, qu'il devait être considéré, conformément à la jurisprudence en la matière, que l'accident du 7 novembre 2017 n'avait pas pu causer la hernie discale dont souffrait le recourant. Il a renvoyé la cause à l'intimée pour investiguer la question

d'une décompensation, qui avait été évoquée par le Dr E_____, ainsi que la question d'une éventuelle aggravation d'un état dégénératif préexistant.

L'intimée a confié une expertise à la Dre G_____, qui a retenu dans son rapport du 9 novembre 2020, que l'accident avait, avec vraisemblance prépondérante, aggravé l'état antérieur de manière transitoire avec un lumbago. L'experte a fixé le *statu quo ante* à la date de l'IRM du 15 décembre 2017 environ.

5.2 Il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante de l'expertise de la Dre G_____ et en particulier si elle se prononce de façon convaincante sur la question de savoir si l'accident subi par le recourant a décompensé ou aggravé son état de santé préexistant.

Son rapport du 9 novembre 2020 est fondé sur le résumé des pièces communiquées et la documentation radiologique disponible. Le recourant n'a pas été entendu ni examiné par l'experte. Dans ses conclusions, l'experte retient que le recourant a subi une contusion lombaire dans le contexte d'un accident de la voie publique le 7 novembre 2017 sans lésions structurelles objectivées lors du bilan radiologique par radiographie et l'examen neurologique, qui étaient normaux le jour de l'accident. Même après un impact léger à modéré, une inflammation du nerf était possible trois à quatre jours après l'événement. Le recourant avait eu uniquement un lumbago et effectué de la physiothérapie. Ses symptômes irradiant dans la jambe n'étaient intervenus que le 12 décembre 2017 (consultation du 13 décembre 2017). Ces symptômes étaient survenus trop tardivement pour être expliqués par une inflammation aiguë post contusion lombaire avec vraisemblance prépondérante. En conclusion, l'accident avait, avec vraisemblance prépondérante, aggravé l'état antérieur avec un lumbago. Un *statu quo sine* était difficile à établir étant donné que le recourant avait été opéré, mais l'état antérieur était fixé à la date de l'IRM, le 15 décembre 2017 environ.

Encore selon l'experte, la discopathie avec hernie discale L4-L5, qui avait été démontrée par l'IRM lombaire du 15 décembre 2017 et opérée par le Dr E_____, traitait une lésion dégénérative non liée à l'événement initial avec vraisemblance prépondérante et une absence de déficit neurologique immédiatement après l'événement ou des lésions classiques comme des fractures ou luxations facettaires ou autre selon le bilan radiologique.

L'expertise de la Dre G_____ répond aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ses conclusions sont convaincantes et conformes à la jurisprudence du Tribunal fédéral. Elles ne sont pas sérieusement remises en cause par les médecins traitants du recourant.

Le fait que le Dr E_____ ait retenu dans son rapport du 3 août 2018 que l'on se trouvait en présence d'une pathologie décompensée de façon aiguë après un traumatisme n'est pas suffisamment motivé et n'amène pas d'éléments justifiant de s'éloigner des conclusions de l'experte. Il retient dans son anamnèse, comme cette dernière, que suite à l'accident, le recourant n'avait eu qu'une douleur

cervicale et lombaire sans irradiation et que le bilan radiologique effectué à la Permanence était sans particularité.

Le rapport établi le 18 février 2020 par le Dr H_____ n'est quant à lui pas suffisamment probant, dès lors que celui-ci indiquait ne pas avoir le rapport de la Permanence ni le bilan radiologique fait à cette occasion. De plus, le Dr H_____ conclut à un rapport de causalité entre l'accident et la hernie discale du recourant, ce qui a déjà été exclu par la chambre de céans dans un arrêt entré en force de chose jugée.

VISANA SA a estimé que la Dre G_____ ne répondait pas aux questions posées par la Cour de justice, en particulier du fait qu'il ne s'agissait, pour ces deux rapports, que d'une évaluation sur dossier. Pour répondre à la question du retour à un *statu quo*, un examen clinique complet, rhumatologique et neurologique, s'imposait.

Cette critique ne remet pas sérieusement en question l'appréciation de l'experte. Un examen clinique du recourant n'était pas requis en l'occurrence. Pour déterminer si l'état de santé dégénératif du recourant avait été aggravé ou décompensé par l'accident en cause, l'experte devait se fonder sur les rapports médicaux au dossier et les examens radiologiques. Au vu de ses conclusions, il n'était pas nécessaire qu'elle procède à un examen du recourant, puisqu'elle niait le lien de causalité entre l'accident et les lombosciatalgies bilatérales diagnostiquées par le Dr E_____ le 19 décembre 2017. Elle n'avait dès lors pas à se prononcer sur le retour au *statu quo ante* ou *sine*.

La Dre G_____ n'avait pas à fournir de réponse différenciée, dans la mesure où elle estimait suffisamment établi que le recourant n'avait subi qu'une contusion lombaire lors de l'accident, ce qui paraît compatible avec les résultats de l'examen radiologique fait à la Permanence et le déroulement de l'accident en cause. Son expertise est donc probante et une expertise complémentaire ne se justifie pas.

Dans la mesure où le recourant a indiqué n'avoir jamais souffert de son dos avant son accident, il apparaît fort peu probable que des examens radiologiques ou une IRM de sa colonne lombaire ait été fait avant son accident. Il n'y a donc pas lieu à instruction complémentaire sur ce point.

5.3 Dans l'arrêt 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011, le Tribunal fédéral a jugé que l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'était établie que lorsque la radiographie mettait en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2).

En l'espèce, la radiographie de la colonne lombaire réalisée le 21 novembre 2017 n'a décelé qu'un pincement L5-S1 et une arthrose hypertrophiante des articulaires postérieures au niveau L4-L5 et L5-S1, de même qu'une surélévation de l'hémi-bassin gauche. Elle n'a ainsi pas mis en évidence un tassement subit des vertèbres

ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme, ce que l'experte a constaté dans son rapport du 25 août 2020, dans lequel elle a indiqué que la radiographie au niveau de la colonne cervicale et lombaire avait exclu une lésion structurelle au niveau de la colonne vertébrale. Elle a ainsi retenu que l'assuré avait subi une contusion lombaire dans le contexte d'un accident du 7 novembre 2017 sans lésions structurelles. Il en résulte que les conditions jurisprudentielles pour retenir une aggravation d'une affection dégénérative préexistante ne sont pas remplies et que l'intimée n'avait pas à prendre en charge les suites du diagnostic de lombosciatalgies bilatérales posé par le Dr E_____ le 19 décembre 2017. Le fait que ce médecin ait considéré que ce diagnostic était post-traumatique ne suffit pas à en juger autrement, au vu de la jurisprudence restrictive du Tribunal fédéral en la matière.

5.4 Il convient encore d'examiner si la hernie discale du recourant a pu être décompensée par l'accident. Selon la jurisprudence, ce cas ne peut pas être retenu dans le cas d'un accident sans lésions structurelles au squelette et la chronicisation des plaintes doit alors être attribuée à d'autres facteurs (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 et U 60/02 du 18 septembre 2002).

En l'espèce, faute de lésions structurelles au squelette suite à l'accident en cause, il n'y a pas lieu de retenir une décompensation de la hernie discale du recourant à charge de l'intimée, en application de la jurisprudence qui remplace la preuve médicale de la causalité naturelle par une présomption jurisprudentielle qui se fonde sur la littérature médicale. Le fait que le Dr E_____ ait retenu dans son rapport du 3 août 2018 que l'on se trouvait en présence d'une pathologie décompensée de façon aiguë après un traumatisme ne permet pas de renverser la présomption jurisprudentielle, celui-ci n'amenant pas d'éléments justifiant de s'en éloigner.

6. Au vu de ce qui précède, les recours doivent être rejetés et les recourants n'ont dès lors pas droit à des dépens.

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 les recours recevables.

Au fond :

2. Les rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification 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
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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