

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/817/2010

ATAS/795/2010

**ORDONNANCE D'EXPERTISE**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**du 5 août 2010**

**Chambre 8**

En la cause

Monsieur E\_\_\_\_\_, domicilié à Annemasse, FRANCE, Recourant  
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc  
LIRONI

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN  
CAS D'ACCIDENTS, sise Rechtsabteilung, Fluhmattstrasse 1,  
6002 Lucerne

Intimé

---

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président.**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur E\_\_\_\_\_, (ci-après l'assuré ou le recourant) qui exerçait son activité professionnelle de peintre décorateur au service de l'entreprise X\_\_\_\_\_ Sàrl à Genève, était à ce titre assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après SUVA)
2. En date du 28 novembre 2007, l'assuré a été victime d'un accident de travail. En effet, alors qu'il portait une lourde charge, il a trébuché contre un objet jonchant le sol et a chuté avec une torsion du dos.
3. La SUVA a pris en charge les conséquences de cet accident.
4. Transféré au Service des Urgences des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG), ce service a retenu de diagnostic de lombosciatalgie D non déficitaire.
5. Le recourant est resté hospitalisé aux HUG puis à l'Hôpital de Beau-Séjour durant un mois et demi et il a été en incapacité de travailler à 100% dès le 28 novembre 2007 pour une durée indéterminée.
6. Dans un courrier du 17 mars 2008, adressé à la Dresse B\_\_\_\_\_, médecin de la SUVA, le Dr. L\_\_\_\_\_, FMH en neurochirurgie, précise notamment « compte tenu de l'intensité du syndrome de compression radiculaire avec un Lasègue pratiquement intenable, augmenté de surcroît par le lasègue controlatéral, il a d'emblée été procédé à un radiculo-CT. Cet examen montre, en dehors d'une anomalie de transition (L5 fortement encastré dans le bassin), une discopathie avec un relâchement ligamentaire important en L3-L4. Ce disque est encore relativement peu dégénéré mais provoque une protusion qui vient en contact avec le sac méningé. Dans certaines incidences, elle semble à la base d'un conflit disco-radicaire sous forme d'un syndrome de tromblon ébauché... Cette trouvaille explique probablement les symptômes du patient, la petite incohérence en ce qui concerne la distribution métamérique des symptômes étant expliquée par l'anomalie de transition ».
7. Lors d'un entretien avec un représentant de la SUVA, en date du 23 avril 2008, le recourant a indiqué qu'avant l'accident du 28 novembre 2007, il n'avait jamais été suivi pour des troubles maladiques ou accidentels concernant son dos.
8. En date du 23 avril 2008, le recourant a rempli un formulaire d'annonce précoce.
9. Dans un rapport du 22 mai 2008, le Dr. L\_\_\_\_\_ pose les diagnostics suivants : « Discopathie L3-L4 avec relâchement ligamentaire. Cruro-sciatalgie post-traumatique sur discopathie L3-L4. Probable discopathie L3-L4 préexistante ».

10. Dans un rapport du 3 juin 2008, le Dr. M\_\_\_\_\_, cabinet de médecine générale à Ambilly. France, constate que le recourant souffre de douleurs persistantes lombo-sciatiques droites.
11. Dans une appréciation médicale du 6 juin 2008, le Dr. N\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la SUVA Genève, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique relève en particulier que selon les renseignements à disposition, cette lombosciatique s'est installée pratiquement immédiatement après l'accident et persiste depuis, plutôt en s'aggravant, malgré les mesures thérapeutiques. Aucune symptomatologie de même type, préexistante à l'accident, n'apparaît dans les documents à disposition. Aucun des renseignements cliniques actuellement rassemblés ne permet de définir une interruption du rapport de causalité naturelle entre l'accident du 28.11.07 et les symptômes présentés par le patient. Si l'existence d'un état antérieur discal dégénératif est probable, il est asymptomatique selon les renseignements au dossier.
12. Le 9 juin 2008, le Dr. O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH anesthésiologie, diagnostic et traitement de la douleur, précise dans un rapport « En ce qui concerne les examens complémentaires, sur l'IRM du 26 février, on voit une zone hyperintense au niveau de la discopathie L5-S1 révélatrice d'une fissure annulaire. Pour ce qui est du pronostic, cette lésion risque évidemment d'évoluer défavorablement chez un travailleur de force, et il me paraît judicieux d'envisager une reconversion professionnelle. »
13. Suite à de fortes douleurs lombaires, un blocage ainsi qu'une hypoesthésie de la face antérieure de la cuisse gauche, le Dr. L\_\_\_\_\_ a adressé, le 10 juin 2008, le recourant aux HUG, établissement dans lequel il a séjourné du 10 au 11 juin 2008. L'examen clinique neurologique effectué à cette occasion a révélé les éléments suivants : « hypoesthésie L5 D connue, hypoesthésie face ant cuisse G nouvelle, vifs et sym force 4+/5 en raison de douleurs au niveau des releveurs hallux ddc, extenseurs pied, psoas et quadriceps » En ce qui concerne les investigations pratiquées, la Dresse P\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne, indique « CT lombaire :
  1. Pas de changements significatifs, on retrouve une minime protusion discale circonférentielle post. L3-L4 sans conflit radiculaire
  2. Discopathie D12-L1 avec perte de hauteur de l'espace intersomatique ».
14. A la suite d'un blocage du dos, lors d'une séance de physiothérapie, le recourant a séjourné du 15 au 20 juin 2008 aux HUG. Le 20 juin 2008, le recourant a été transféré au Service de rhumatologie de l'Hôpital de Beau-Séjour, où il est resté

jusqu'au 8 juillet 2008. Le 27 juin 2008, un rapport médical du Dr. Q\_\_\_\_\_ indique « les signes de dénervation aiguë dans la musculature paraspinale lombaire droite attestent une lésion axonale motrice d'au moins une racine lombaire droite ; il n'est toutefois pas possible de préciser avec certitude la racine en cause, en raison de l'absence d'autres anomalies dans les myotopes L3 à S2, explorés au membre inférieur droit (les lésions axonales ne sont donc pas très sévères et le pronostic devrait être favorable sous traitement conservateur). » De plus un rapport médical du 10 juillet 2008 du service de rhumatologie mentionne « diagnostic : lombosciatalgies bilatérales invalidantes. Dans une contexte de lombosciatalgies bilatérales sans déficit sensitivomoteur et sans imagerie évocatrice d'une hernie discale avec compression radiculaire, le patient bénéficie d'un traitement d'algiques médicamenteux associé à de la physiothérapie à sec et en piscine, ainsi que des séances d'ergothérapie. Evolution favorable. Diminution de la Morphine en fin de séjour. Eventuellement, pris en charge par le Groupe Prodiges ».

15. Suite à une proposition du Dr. R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin de la SUVA, le Dr. N\_\_\_\_\_ a rédigé une appréciation médicale, en date du 8 octobre 2008 dans laquelle il indique « nous réexaminons le dossier de M. E\_\_\_\_\_, presque un an après l'apparition des douleurs lombaires. L'évolution ensuite a été difficile. Selon les renseignements les plus récents, le patient est toujours sous morphine. Je n'ai pas d'objection à la proposition du Dr R\_\_\_\_\_ qui indique la nécessité d'un séjour en clinique de réadaptation. » Cette mesure n'a toutefois pas été réalisée.
16. Le 27 octobre 2008, le Dr. L\_\_\_\_\_ a établi un certificat médical indiquant que le recourant était à nouveau capable de travailler à 100% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008. A cette date, le recourant a repris son activité professionnelle tout en prenant toujours de la morphine, du Dafalgan et du Brufen, médicaments remboursés par la SUVA.
17. Dans un rapport médical à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après l'OAI), le Dr. L\_\_\_\_\_ précisait notamment que du point de vue médical, l'activité exercée avant l'accident était exigible à 100%.
18. Par communication du 20 février 2009, l'OAI a informé le recourant qu'une mesure de réadaptation d'ordre professionnel n'était pas possible en raison de son état de santé et qu'un complément d'informations médicales était demandé au Dr. L\_\_\_\_\_ pour connaître l'évolution de son état de santé suite à sa reprise de travail.

19. Le 6 mars 2009, l'OAI a rendu un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures d'ordre professionnel, en raison du fait que le recourant avait repris son activité professionnelle habituelle à plein temps dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008.
20. Suite à un mouvement, le recourant a dû, le 5 mai 2009, interrompre son travail en raison de douleurs intenses au niveau du dos, lesquelles constituaient une rechute de son accident du 28 novembre 2007. Dès cette date, le recourant était à nouveau incapable de travailler à 100%, pour une durée indéterminée
21. Le 15 mai 2009, le Dr. L. \_\_\_\_\_ a adressé à la SUVA un rapport médical faisant état d'une nouvelle incapacité totale de travail. Il précisait à cette occasion « Après bientôt 6 mois de la reprise de travail à 100%, le patient présente une rechute hyperalgique de sa sciatique S1 gauche. Il n'y a pas eu de phénomène déclenchant particulier. A l'examen clinique, il existe un syndrome vertébral lombaire caricatural, la manœuvre de Lasègue est positive à 0% du côté gauche, le patient ayant des problèmes à déplier complètement le genou en décubitus dorsal. Lasègue croisé du côté droit avec une douleur au niveau de la hanche gauche, survenant à environ 30°. La marche sur les pointes et les talons est possible, difficilement. Au testing il y a une faiblesse du releveur propre ainsi qu'une hypoesthésie à cheval sur L5-S1 gauche distalement. Une IRM lombaire a été pratiquée le 11 mai ; le résultat par téléphone est celui d'une discopathie L5-S1 avec possible conflit radiculaire. Dans ce contexte, il faut rappeler la présentation atypique de la dernière poussée chez ce patient, la lésion étant visible pratiquement seulement à l'occasion de la radiculographie pratiquée à ma demande. »
22. Le 18 mai 2009, le Dr. N. \_\_\_\_\_ établit une appréciation médicale et indique « M. E. \_\_\_\_\_ est peintre décorateur âgé de 44 ans. Nous examinons à nouveau son dossier 18 mois après un accident ayant déclenché une symptomatologie lombosciatalgique. Le traitement du problème initial avait duré environ une année. Le travail a été repris en novembre 2008. Après 6 mois de travail, une récurrence hyperalgique amène à l'annonce d'une rechute. »
23. Par courrier du 26 mai 2009, la SUVA informe le recourant que, de l'avis du Dr. N. \_\_\_\_\_, il n'existe pas de relation de causalité, ni certaine, ni pour le moins probable entre les troubles de santé que le recourant présentait en mai 2009 et l'accident survenu le 28 novembre 2007.
24. Interpellé sur la question de la causalité, le Dr. R. \_\_\_\_\_ relève, en date du 29 mai 2009, que la reprise spontanée de la lombosciatalgie en lien avec une incapacité de travail depuis le 5 mai 2009, n'est plus la probable conséquence de la simple contusion ou distorsion du 28 novembre 2007. Il s'agit plutôt d'un problème exclusivement pathologique lié à la discopathie préexistante sur les vertèbres

lombaires. Celle-ci a été suite à l'accident seulement temporairement symptomatique. Une lésion traumatique n'a jamais été décelée sur les radiographies. En outre, il n'y a jamais eu de lésions neurologiques. Sur la nouvelle IRM du 11 mai 2009, ce qui ne change pas par rapport aux enregistrements du 26 février 2008, c'est la protusion L5/S1 sans compression évidente d'une racine. Nous devons, précise le Dr. R\_\_\_\_\_, donc conclure avec une probabilité prépondérante que, au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2008, le status quo sine était à nouveau atteint. Preuve en est également le fait d'une pleine capacité de travail pendant 6 mois. Le Dr R\_\_\_\_\_ précise enfin que la prise en charge de la « récidence » doit être rejetée, en raison du fait que cela est de la compétence de l'assurance-maladie.

25. Par décision du 5 juin 2009, la SUVA a refusé au recourant tout droit à des prestations dès le 31 octobre 2008. La SUVA motivait sa décision en ces termes « De l'avis de notre service médical, les troubles de la colonne lombaire qui subsistent ne sont plus dus à l'accident, mais de nature malade. Selon l'appréciation médicale, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (status quo sine) peut être considéré comme rétabli au plus tard au 1<sup>er</sup> novembre 2008, date de la reprise de travail... La SUVA n'est plus tenue d'intervenir après le 31 octobre 2008 au soir et nous devons malheureusement vous refuser tout droit à des prestations d'assurance dès cette date. »
26. Du 9 juin 2009 au 17 juin 2009, le recourant a été hospitalisé à l'Hôpital Beau-Séjour. Il n'a perçu ni indemnités journalières ni salaire depuis le 5 mai 2009. En outre la SUVA n'a plus pris en charge les séances de physiothérapie.
27. Par courrier du 9 juin 2009 adressé au Dr. N\_\_\_\_\_, le Dr. L\_\_\_\_\_ indique « En plus du questionnaire rempli à l'intention de la SUVA le 15.05.2009 ... je dois porter à votre connaissance les faits suivants : la reprise de travail concrétisée le 1<sup>er</sup> novembre 2008 n'a pas été le résultat asymptotique, au contraire. En effet, ce patient, qui mériterait le qualificatif de « workohlic » a repris le travail contre mon conseil. Ce n'est qu'au courant du mois de décembre, qu'il a pu progressivement réduire la médication en cours... Depuis le 20 mai environ, en raison d'une réexacerbation de la symptomatologie, le patient a réaugmenté les doses... On ne peut donc considérer la période suivant la reprise de travail du mois de novembre 2008, comme une phase asymptotique suivie d'une rechute. Au contraire, il y a une continuité des symptômes depuis le jour de l'accident à aujourd'hui »
28. Par décision du 10 juin 2009, reçue le 18 juin 2009, l'Office AI des assurés à l'étranger a refusé d'octroyer au recourant une rente d'invalidité et des mesures

d'ordre professionnel, en raison notamment du fait qu'il avait repris son activité professionnelle habituelle à plein temps dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008.

29. Le 17 juin 2009, la Dr. S \_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique aux HUG indique notamment « Le scanner lombaire met en évidence une hernie discale L3-L4 par-médiane gauche en contact avec la racine L4 gauche. A signaler sur le scanner de décembre 2007 et juin 2008, la présence d'une protusion discale mais sans hernie discale et sans conflit radiculaire. Sur cet examen comme sur les examens précédents, il n'y a pas d'argument pour un conflit avec la racine S1 gauche, malgré une irradiation sur la face postérieure de la jambe jusqu'à la plante du pied. »
30. Depuis sa sortie de l'Hôpital de Beau-Séjour, le 17 juin 2009, le recourant qui est toujours en incapacité totale de travail et ce pour une durée indéterminée, suit quotidiennement des séances de physiothérapie.
31. Par courrier du 23 juin 2009, le recourant a formé opposition à la décision de la SUVA en concluant que la décision du 5 juin 2009 devait être annulée et qu'une indemnité journalière LAA devait lui être versée, dès le 5 mai 2009, et les frais médicaux devaient être pris en charge, dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008.
32. Appelé à se déterminer suite à un rapport du Dr. R \_\_\_\_\_, le recourant confirme son opposition en précisant notamment qu'il consulte toujours le Dr. L \_\_\_\_\_ et que les spécialistes qui le traitent s'accordent à dire qu'il a continué de souffrir du dos depuis son accident du 28 novembre 2007.
33. Le 9 février 2010, la SUVA a rendu une décision sur opposition en rejetant l'opposition et en relevant qu'un éventuel recours n'aurait aucun effet suspensif.
34. Par acte du 9 mars 2010, Monsieur E \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition de la SUVA du 9 février 2010. Le recourant concluait notamment à la restitution de l'effet suspensif, à l'ordonnance d'une expertise médicale par un expert indépendant, à l'annulation de la décision sur opposition du 9 février 2010 de la SUVA et à l'octroi d'indemnités journalières et aux prestations de la SUVA dès le 5 mai 2009.
35. Par arrêt incident du 6 avril 2010, le Tribunal de céans a rejeté la demande en restitution de l'effet suspensif et réservé la suite de la procédure.
36. Sur le fond, le recourant sollicitait une expertise afin de déterminer l'existence ou non d'un lien de causalité entre l'accident du 28 novembre 2007 et sa situation au 5 mai 2008.

37. Interpellé au sujet de la désignation de l'expert et la mission d'expertise, la SUVA a informé le Tribunal qu'elle n'avait aucun motif de récusation à faire valoir contre la désignation de l'expert et qu'elle adhérerait au questionnaire compris dans la mission d'expertise.
38. Pour sa part, le recourant a souhaité poser les questions complémentaires suivantes au Dr. T\_\_\_\_\_ :
- 1) Y a-t-il eu une continuité dans les symptômes et les douleurs de M. E\_\_\_\_\_, ainsi que dans la prise de médicaments depuis l'accident du 28 novembre 2007 jusqu'au 5 mai 2009 ?
  - 2) Quels étaient les éléments qui ont mené le Dr. R\_\_\_\_\_ de la SUVA à conclure dans son appréciation médicale du 28 septembre 2008 que le dossier de M. E\_\_\_\_\_ ne pouvait être clos et qu'il envisageait même une prise en charge dans une clinique de réadaptation ?

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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 les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme.
3. a) Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par le recourant peuvent ouvrir droit à des indemnités journalières et aux prestations de la SUVA.  
  
b) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let. c LAA), sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne

concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, ou non, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 129 V 404 consid. 2.1; 122 V 233 consid. 1; 121 V 38 consid. 1a et les références). Pour les lésions dues à l'effort (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes professionnelles ou autres de l'intéressé (ATFA non publié du 15 octobre 2004, cause U 9/04).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références).

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 (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d et les références). 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 181 consid. 3.1; 406 consid. 4.3.1; 119 V 338 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). En cas d'atteinte malade préexistante aggravée par un accident, le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations cesse lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 141). 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) sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). Enfin, selon la jurisprudence fédérale, si l'atteinte à la santé est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 [ATFA non publié du 7 février 2000, U 149/99]; ATFA non publié du 18 août 2000, U 4/00; cf. également DEBRUNNER/RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1980, p. 54 ss, en particulier p. 56).

Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références, 115 V 405 consid. 4a). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale. C'est donc essentiellement en présence d'une affection psychique que la causalité adéquate joue un rôle important (ATF 118 V 291 consid. 3a; 117 V 365; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 16).

4. Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration ou le juge sont tenus d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

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.

Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

5. En l'occurrence, le recourant allègue d'une part que ses douleurs lombaires dont il souffre depuis le 5 mai 2009, sont en lien de causalité avec l'accident de 28 novembre 2007 d'une part et d'autre part qu'elles ne lui permettent plus d'effectuer les activités professionnelles habituelles. En effet, le Dr. L\_\_\_\_\_ relève notamment, par courrier du 9 juin 2009, que « on ne peut considérer la période suivant la reprise de travail du mois de novembre 2008, comme une phase asymptomatique suivie d'une rechute. Au contraire, il y a une continuité des symptômes depuis le jour de l'accident à aujourd'hui. »
6. La SUVA quant à elle estime que les troubles lombaires ne sont pas dans un rapport de causalité avec l'accident du 28 novembre 2007. En effet, interpellé sur la question de la causalité, le Dr. R\_\_\_\_\_ relève, en date du 29 mai 2009, que la reprise spontanée de la lombosciatalgie en lien avec une incapacité de travail depuis le 5 mai 2009, n'est plus la probable conséquence de la simple contusion ou distorsion du 28 novembre 2007. Il s'agit plutôt d'un problème exclusivement pathologique lié à la discopathie préexistante sur les vertèbres lombaires. Celle-ci a été suite à l'accident seulement temporairement symptomatique. Une lésion traumatique n'a jamais été décelée sur les radiographies. En outre, il n'y a jamais eu de lésions neurologiques. Le Dr. R\_\_\_\_\_ conclut, avec une probabilité prépondérante, que, au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2008, le status quo sine était à nouveau atteint. Le Dr R\_\_\_\_\_ précise enfin que la prise en charge de la « récurrence » doit être rejetée, en raison du fait que cela est de la compétence de l'assurance-maladie.
7. Le Tribunal de céans ne peut ainsi que constater que la présente cause n'est pas en état d'être jugée à défaut de renseignements sur les troubles lombaires présentés par le recourant (à savoir à défaut notamment de renseignements sur la causalité naturelle desdits troubles avec l'accident, ainsi que de précisions sur le statu quo sine). Par conséquent, vu la jurisprudence susmentionnée, vu le doute résultant des avis médicaux divergents, il se justifie de commettre un expert qui devra déterminer si les troubles lombaires existants ont pour origine l'accident du 28 novembre 2007 si, le cas échéant, ils ont une répercussion sur la capacité de travail du recourant. L'expert devra également établir, en cas de causalité naturelle, si des activités sont

adaptées aux problèmes de dos du recourant, et dans l'affirmative lesquelles et dans quelle proportion.

8. A cet effet, le Tribunal confie le mandat d'expertise Dr. T\_\_\_\_\_, médecin spécialiste FMH en neurologie.
9. En application des articles 38 et suivants de la loi sur la procédure administrative (LPA), un délai a été accordé aux parties pour se prononcer sur la désignation de l'expert et pour indiquer les questions particulières qu'elles souhaitent voir figurer dans la mission d'expertise élaborée par le Tribunal de céans.
10. La SUVA a informé, par courrier du 26 juillet 2010, le Tribunal qu'elle n'avait aucun motif de récusation à faire valoir contre la désignation de l'expert et qu'elle adhère au questionnaire compris dans la mission d'expertise.
11. Pour sa part, le recourant a complété la mission d'expertise par des questions particulières qui ont été intégrées à ladite mission d'expertise.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Préparatoirement :**

2. Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr. T\_\_\_\_\_, neurologue. Dit que la mission d'expertise sera la suivante :
  - a. Prendre connaissance du dossier de la cause.
  - b. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité le recourant.
  - c. Examiner le recourant.
  - d. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes:
3. Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ?
4. Quelles sont les plaintes du recourant ?
5. Quelles sont les atteintes à la santé dont souffre le recourant (diagnostic précis) ?
6. Existe-il un lien de causalité entre l'atteinte ressentie par le recourant, dès le 5 mai 2009, au dos et l'accident dont il a été victime le 28 novembre 2007 ?
  - a) Si oui, pour quelles raisons ? Ce lien de causalité est-il probable ou seulement possible ? En d'autres termes, considérez-vous que ce lien de causalité existe avec un degré de vraisemblance prépondérante ?
  - b) Existe-t-il une atteinte dégénérative du dos ? Si oui, quelle est son influence sur les troubles présentés actuellement ? Que pouvez-vous dire de cette atteinte dégénérative par rapport au lien de causalité entre les troubles et l'accident ?
  - c) Si non, pour quelles raisons et, le cas échéant, depuis quelle date le statu quo sine a-t-il été atteint ?

7. En cas de causalité naturelle au moins probable entre l'accident et les lésions, répondre aux questions suivantes :
  - a) Quelles sont les limitations fonctionnelles liées aux troubles du dos ?
  - b) Quelles mesures thérapeutiques sont nécessaires ?
  - c) Tous les traitements ont-ils été tentés ?
8. Y a-t-il eu une continuité dans les symptômes et les douleurs de M. E\_\_\_\_\_, ainsi que dans la prise de médicaments depuis l'accident du 28 novembre 2007 jusqu'au 5 mai 2009 ?
9. Quels étaient les éléments qui ont mené le Dr. R\_\_\_\_\_ de la SUVA à conclure dans son appréciation médicale du 28 septembre 2008 que le dossier de M. E\_\_\_\_\_ ne pouvait être clos et qu'il envisageait même une prise en charge dans une clinique de réadaptation ?
10. Votre pronostic.
11. Faire toute autre remarque utile.
12. Invite l'expert à déposer son rapport en deux exemplaires au greffe du Tribunal de céans dans les meilleurs délais.
13. Réserve le fond.

La greffière

Le Président

Irène PONCET

Georges ZUFFEREY

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le