

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/817/2010

ATAS/1171/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 novembre 2011

8<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

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

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Christine LUZZATTO et  
Violaine LANDRY-ORSAT, Juges assesseurs**

---

### 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\_\_\_\_\_ SARL 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 L\_\_\_\_\_, médecin de la SUVA, le Dr M\_\_\_\_\_, 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 M\_\_\_\_\_ 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 N\_\_\_\_\_, 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 O\_\_\_\_\_, 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 P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en 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 M\_\_\_\_\_ 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 Q\_\_\_\_\_, 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 R\_\_\_\_\_ 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 un 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 Prodige ».

15. Suite à une proposition du Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin de la SUVA, le Dr O\_\_\_\_\_ 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 S\_\_\_\_\_ 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 M\_\_\_\_\_ 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 M\_\_\_\_\_ 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 M\_\_\_\_\_ 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 M\_\_\_\_\_ 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 O\_\_\_\_\_ 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 O\_\_\_\_\_, 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 S\_\_\_\_\_ 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 S\_\_\_\_\_, 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 S\_\_\_\_\_ 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.

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 O \_\_\_\_\_, le Dr M \_\_\_\_\_ 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 T \_\_\_\_\_, 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 S\_\_\_\_\_, le recourant confirme son opposition en précisant notamment qu'il consulte toujours le Dr M\_\_\_\_\_ 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 U\_\_\_\_\_ :
  - a. 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 ?
  - b. Quels étaient les éléments qui ont mené le Dr S\_\_\_\_\_ 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 ?
39. Se posant la question de la partialité de l'expert, le recourant a informé la Cour de céans, par l'intermédiaire de son Conseil, d'avoir été surpris par l'étrange

comportement de l'expert qui l'aurait « supplié » d'être d'accord que les maux dont il souffre sont une maladie et non un accident et qu'ainsi « l'argent pourrait être débloqué. »

40. Dans son rapport d'expertise du 8 novembre 2010, le Dr U\_\_\_\_\_ déclare, en particulier, dans son appréciation, « le litige repose donc sur la question de déterminer si le tableau clinique apparu le 05.05.2009 a un lien de causalité naturel avec l'évènement assuré le 28.11.2007. C'est ce qu'allègue l'assuré. Celui-ci fait remarquer, ainsi que son représentant, et le Dr M\_\_\_\_\_, qu'il n'avait jamais présenté avant l'évènement du 28.11.2007 de tableau similaire, et que d'autre part, les douleurs n'ont jamais cessé complètement, y compris durant la période de reprise du travail, et ceci alors que durant cette période l'assuré prenait une médication analgésique fortement dosée. Quant à la SUVA, elle estime que les troubles lombaires ne sont pas dans un rapport de causalité avec l'accident du 28.11.2007. Elle considère qu'il s'agit d'un problème maladif, lié à une discopathie préexistante sur les vertèbres lombaires. (...)

L'EMG de ce jour n'apporte pas d'argument complémentaire en faveur d'une atteinte neurologique périphérique, qu'elle soit radiculaire, plexuelle, ou neuropathique. (...) L'ensemble des documents neuro-radiologiques effectués à la suite de l'évènement du 28.11.2007 mettent en évidence une discopathie L3-L4 très discrète, caractérisée par une dessiccation du disque, sans diminution de sa hauteur, avec discrète protusion médiane. A la suite de la réexacerbation des douleurs survenues le 05.05.2009, une IRM lombaire de contrôle est effectuée le 11.05.2009, ainsi que le 04.06.2009. Ces examens sont parfaitement superposables, et il n'y a pas de péjoration du tableau radiologique. Par contre, le Scanner lombaire du 10.06.2009 révèle une discrète évolution, caractérisée par l'apparition d'une diminution de la hauteur du disque, et par une discrète augmentation de la protusion médiane. Il s'agit d'anomalies toutefois discrètes, qui ne peuvent être responsables d'une éventuelle compression radiculaire. (...)

D'autre part, force est de constater que l'accident incriminé, à savoir une chute de sa propre hauteur, ne peut être considéré comme important, même s'il existe la notion de torsion du dos. Un tel mécanisme ne permet guère d'expliquer les anomalies documentées sur le plan radiologique. La discopathie observée chez l'assuré, associée au discret prolapsus discal, doit être considérée comme un processus dégénératif de longue durée. (...) Dans le cas de l'assuré, nous sommes face à de discrètes anomalies radiologiques, habituelles, et d'allure dégénérative. La péjoration constatée sur le Scanner du 10.06.2009, peut être considérée comme une évolution naturelle du processus dégénératif. (...)

Au terme de ces considérations, nous considérons que l'accident du 28.11.2007 a engendré chez l'assuré des lombalgies post-traumatiques, avec irradiation aux membres inférieurs, d'allure pseudo-radiculaire, sans composante organique sous-

---

jacente. L'intensité du syndrome douloureux et de ses répercussions fonctionnelles et professionnelles ne peut être expliqué par des éléments organiques, tant sur la base sur les éléments cliniques que radiologiques. En conséquence, nous estimons que pour le cas de l'assuré, un état antérieur, à savoir une discopathie, préexistante, a été aggravé par l'évènement du 28.11.2007, mais certainement pas au-delà de la date du 01.11.2008, ce qui semble largement compté, et ceci sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante. La discrète aggravation de la discopathie L3-L4, documentée par le Scanner du 10.06.2009, peut être considérée comme une évolution naturelle de la pathologie dégénérative. L'assuré mentionne une péjoration brutale du syndrome douloureux le 05.05.2009, mais les examens radiologiques du 11.05.2009 et du 04.06.2009 ont permis d'exclure une péjoration soudaine de l'anomalie radiologique à la suite de cet évènement. En d'autres termes, le status quo sine a été atteint, très largement, au 01.11.2008. Nous confirmons donc l'appréciation de la SUVA. »

Répondant aux questions, le Dr U\_\_\_\_\_ qui a retenu les diagnostics de lombalgies chronique et algies du membre inférieur gauche atypiques, relève, en particulier, qu'il n'existe pas de 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. De plus, l'expert répond par l'affirmative à la question spécifique du recourant concernant une continuité dans les symptômes et les douleurs du recourant, ainsi que dans la prise de médicaments depuis l'accident du 28 novembre 2007 jusqu'au 5 mai 2009. Enfin, au sujet des éléments qui ont mené le Dr S\_\_\_\_\_ de la SUVA à conclure dans son appréciation médicale du 28 septembre 2008 que le dossier du recourant ne pouvait être clos et qu'il envisageait même une prise en charge dans une clinique de réadaptation, l'expert constate notamment que le Dr S\_\_\_\_\_ n'a pas examiné l'assuré, et il s'agit d'une prise de position basée sur le dossier et les documents radiologiques et qu'il ne fait pas d'autre commentaire, et en particulier n'apporte pas d'autre élément pour justifier sa proposition.

41. Se prononçant sur le contenu de l'expertise du Dr U\_\_\_\_\_ par courrier du 6 décembre 2010, le recourant persiste dans l'entier de ses conclusions et relève, en particulier, qu'il ne fait aucun doute qu'il existe un lien de causalité, tant naturel qu'adéquat, entre l'accident et son incapacité, la SUVA ayant d'ailleurs fourni ses prestations. Il rappelle, en outre, qu'il a repris le travail dans un cadre adapté à sa très fragile santé et qu'il a continué à se rendre hebdomadairement chez un physiothérapeute et à prendre de fortes doses de médicaments analgésiques. Le recourant insiste encore, au sujet de la discopathie préexistante, sur le fait qu'il n'a jamais connu de problème de santé en particulier de problèmes dorsaux. Le recourant ne peut que conclure à l'existence d'un lien de causalité tant naturelle qu'adéquate entre l'accident du 28 novembre 2007 et la rechute survenue le 5 mai 2009. Enfin, relevant des contradictions dans le rapport du Dr U\_\_\_\_\_, le recourant sollicite l'audition de ce dernier.

42. Pour sa part, par courrier du 2 décembre 2010, la SUVA observe que l'expert confirme, en tous points, la position défendue par cette institution et conclut derechef au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise.
43. Appelé à commenter l'expertise du Dr U\_\_\_\_\_, le Dr M\_\_\_\_\_ relève que l'appréciation du Dr U\_\_\_\_\_ contient une erreur majeure en mentionnant son examen décrivant un Lasègue inférieur à 20° à droite. Le Dr M\_\_\_\_\_ précise que « le signe de Lasègue ne se manifeste pas en deux temps mais en un seul temps. Si l'hypothèse de la non-organicité était vraie, il faudrait un examen en deux temps avec un « décrochement » autour des 25°. Or, quiconque a déjà examiné un patient porteur d'un signe de Lasègue véritable, peut confirmer qu'il peut exister même caractérisé par une incapacité de défléchir le genou : cette trouvaille traduit simplement une incapacité de lever la tension sur le nerf sciatique. D'autre part, le signe de Lasègue, même au-delà de 20°, ne fait pas partie des signes de Waddell. » Transmettant ce commentaire, le recourant sollicite, en outre, l'audition du Dr M\_\_\_\_\_.
44. Le 8 février 2011, la Cour a entendu le Dr V\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, qui a indiqué notamment « Sur le plan du diagnostic le cas de M. EL E\_\_\_\_\_ est très difficile car nous avons constaté il y a un an environ la présence d'une hernie intra-discale. C'est une affection qui est très rare et qui est très difficile à diagnostiquer. Elle est également très difficile à traiter tant sur le plan opératoire (mauvaise indication) que sur le plan conservateur. L'origine de cette hernie intra-discale est traumatique et dans le cas précis, a donc pour origine à mon sens l'accident du 28 novembre 2007. (...) Je confirme qu'une hernie intra-discale L5-S1 peut survenir par une chute en avant d'autant plus que lors de l'accident une torsion s'est produite. Je confirme qu'à mon avis cette hernie intra-discale a pour origine l'accident du 28 novembre 2007. Je confirme également qu'en l'état, aucune indication opératoire n'est possible. Il faudrait en effet, que la hernie intra-discale sorte un peu plus, c'est-à-dire qu'elle se constitue de façon complète. Je relève que contrairement à l'affirmation du Dr S\_\_\_\_\_ qui dit dans son rapport du 29 mai 2009 que je n'ai pas vu le patient entre le 11 décembre 2008 et le 11 mai 2009, j'ai effectivement rencontré M. E\_\_\_\_\_ le 9 janvier 2009 soit au milieu de la période de reprise d'activité. A ce moment là j'ai constaté que M. E\_\_\_\_\_ avait toujours mal et que contrairement à ce qui avait été affirmé, il n'y avait pas de période non douloureuse. Je ne l'ai pas mis en arrêt de travail car M. E\_\_\_\_\_ ne le voulait pas. (...) Si l'on prend en considération la continuité des douleurs dans le temps ainsi que la corrélation radio-clinique qui parlent d'une même pathologie, on peut estimer qu'un éternuement a provoqué une exacerbation en l'occurrence de la hernie intra discale sans pour autant aboutir à une hernie discale étant précisé que le statu quo sine n'était pas atteint. Je relève que le Dr S\_\_\_\_\_ ne pouvait pas aboutir à cette conclusion parce qu'il n'avait pas conscience de l'hernie intra discale puisqu'il n'en parle pas. Je rappelle que la hernie intra-discale est une affection très rare et difficile à diagnostiquer. (...) Je tiens

encore à préciser que dans le cadre de la reprise de son activité, M. E\_\_\_\_\_ a disposé d'un poste adapté, c'est-à-dire qu'il avait une personne qui lui avait été adjointe pour les travaux de force. Il y a donc lieu de relever que les conditions de travail étaient favorables et permettaient à M. E\_\_\_\_\_ d'exécuter lesdits travaux même en souffrant d'une hernie intra-discale. »

45. Entendu à cette même occasion, le Dr U\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie et expert mandaté par le Tribunal, déclare « Au niveau des diagnostics, j'ai retenu lombalgie chronique et algie du membre inférieur gauche atypique. Une protrusion ou une hernie discale ne peuvent pas intervenir après un éternuement. En revanche, avec une sciatique, un éternuement peut provoquer des douleurs. Les hernies discales d'origine traumatique sont extrêmement rares et associées à un traumatisme majeur avec d'autres lésions. Elles n'ont pas les caractéristiques d'hernie discale et protrusion habituelles qui sont dégénératives. (...) Ces diagnostics peuvent s'expliquer par des douleurs dysfonctionnelles, c'est-à-dire qui n'ont pas pour origine une lésion organique. Ces douleurs n'ont rien à voir avec l'accident du 28 novembre 2007. Il n'y a aucun lien de causalité entre cet accident et les douleurs ressenties actuellement par M. E\_\_\_\_\_. La discopathie L3-L4 n'explique pas le tableau clinique de la situation de M. E\_\_\_\_\_. Il s'agit des seules lésions radiologiques documentées. Je relève que la discopathie L5-S1 était peut-être existante mais ne change rien à mon appréciation clinique. Une fissure annulaire est une anomalie banale du disque. Je n'ai pas parlé de la discopathie L5-S1 car, pour moi, elle n'était pas significative. Je ne connais pas la notion de fissure annulaire ni de hernie intra-discale. Je n'ai pas constaté de protrusion en L5-S1, mais uniquement en L3-L4. Pour moi, le terme de protrusion remplace le terme d'intra-discale utilisé par mon confrère. J'insiste sur le fait que la discopathie L5-S1 ne change rien à mon appréciation clinique. Une discopathie a toujours, pour origine, des troubles dégénératifs, mais jamais un traumatisme. J'estime pour ma part que, dès la reprise d'activité par M. E\_\_\_\_\_, soit au mois de novembre 2008, les conséquences de l'accident du 28 novembre 2007 étaient totalement terminées. (...) Une protrusion ou une hernie discale ne peuvent pas intervenir après un éternuement. En revanche, avec une sciatique, un éternuement peut provoquer des douleurs. Les hernies discales d'origine traumatique sont extrêmement rares et associées à un traumatisme majeur avec d'autres lésions. Elles n'ont pas les caractéristiques d'hernie discale et protrusion habituelles qui sont dégénératives. »

46. Entendu en comparution personnelle, le 8 février 2011, le recourant déclare « Au sujet de ma reprise d'activité, je précise que je prenais beaucoup de médicaments à l'époque et qu'une activité externe me soulageait. De plus, compte tenu de l'opportunité qui se présentait (une place et une aide humaine et mécanique pour les travaux lourds), je ne voulais pas perdre cette occasion de reprendre une activité professionnelle. »

47. Entendu en audience d'enquêtes, le 24 mars 2011, le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique relève « Je ne peux pas me déterminer sur le fait que j'ai examiné une fois M. E \_\_\_\_\_ dans mon cabinet. Je précise, en tout état de cause, que mon appréciation du 18 mai 2009 était basée uniquement sur l'examen du dossier. (...) Lorsqu'il s'agit de déterminer la capacité de travail d'un assuré, il est important que l'assuré soit examiné mais, en revanche, lorsqu'il est question d'un lien de causalité entre l'accident et une situation de santé, l'examen de l'assuré n'est pas nécessairement utile compte tenu du fait qu'il convient d'avoir une vision globale ainsi que des renseignements précis en particulier du corps médical. Il est très rare qu'un accident soit à l'origine exclusive d'une hernie discale. Une hernie discale a pratiquement toujours une cause dégénérative. Le seul point qui m'était demandé d'examiner au mois de mai 2009 était de savoir si la récurrence diagnostiquée par le Dr V \_\_\_\_\_ et annoncée par l'employeur était en lien avec l'accident. Je précise que j'ai accepté le diagnostic posé par le Dr V \_\_\_\_\_. Je relève que, en l'espèce, la hernie discale à la suite de l'accident a été prise en charge par la SUVA et que c'est lors de la récurrence que la question m'a été posée du lien de causalité avec l'accident. Considérant l'aspect dégénératif des disques intervertébraux, j'estimais en l'espèce que l'évolution de la hernie discale n'était pas due à l'accident du 28 novembre 2007. Je précise que, à mon sens, l'accident dont a été victime M E \_\_\_\_\_ ne pouvait pas être la seule origine de la sciatique. D'autre part, sur la base des renseignements qui m'ont été communiqués, à savoir que M. E \_\_\_\_\_ avait repris son activité professionnelle sans précision sur la façon dont il travaillait, j'ai considéré que M. [E]. E \_\_\_\_\_ était totalement rétabli dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008. Sur la base de ces indications, l'annonce d'un nouvel arrêt de travail six mois plus tard, dès le début mai 2009, devait être considéré comme une récurrence et pour laquelle j'ai nié le lien de causalité avec l'accident. Si j'avais été informé de façon précise sur le mode d'activité de M. EL E \_\_\_\_\_ ainsi que sur la prise des médicaments permettant la reprise de son activité, la notion de rechute aurait été inexistante. Si la symptomatologie acceptée par la SUVA à la suite de l'accident n'avait pas été modifiée, il n'y aurait pas eu de rupture du lien de causalité et la SUVA aurait poursuivi ses prestations. Si la symptomatologie persiste, la SUVA prend des mesures de traitement et incite l'AI à prendre des mesures professionnelles. »
48. Entendu une nouvelle fois, le 19 mai 2011, le Dr O \_\_\_\_\_ précise « Contrairement à ce qui avait été mentionné lors de l'audience du 24 mars 2011, je tiens à préciser que je ne me suis jamais prononcé sur la question du lien de causalité entre l'accident du 27 novembre 2007 et l'état de santé ressenti par M. E \_\_\_\_\_ le 5 mai 2009. Cette question a été examinée par le Dr S \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, qui a pris position en ces termes, selon une traduction libre : « Nous devons donc conclure, avec une probabilité prépondérante, que le 1<sup>er</sup> novembre 2008 le statu quo sine était de nouveau atteint ». En l'occurrence, bien que parfois je prenais position personnellement dans le cas de situations

---

particulières, j'ai estimé que dans le cas de M. E\_\_\_\_\_, il était important d'avoir l'avis du Dr S\_\_\_\_\_, qui avait déjà eu connaissance de ce dossier. (...) Je n'ai pas eu en ma possession un dossier radiologique, d'où le fait que je ne peux me prononcer sur l'affirmation du Dr S\_\_\_\_\_, selon laquelle une lésion traumatique n'a pas été décelée. Je précise, au sujet de la zone hyper-intense au niveau de la discopathie, que l'on ne peut pas se déterminer pour savoir si l'origine est traumatique ou dégénérative. Je précise encore que c'est un problème qui n'intéresse personne en dehors de la Suisse, en raison de la division entre l'assurance-accident et l'assurance-maladie. J'insiste sur le fait que les termes et les explications que j'ai utilisés lors de l'audience du 24 mars 2011 sont valables d'une façon générale, mais pas pour le cas particulier. J'insiste encore sur le fait que l'appréciation qui a abouti à la décision de la SUVA était due au Dr S\_\_\_\_\_. Sur la base des documents qui ont été mis à ma disposition et que j'ai examinés, en l'absence du dossier radiologique, je ne peux me prononcer sur la question de la causalité. »

49. Poursuivant les enquêtes, la Cour a entendu Monsieur F\_\_\_\_\_, magasinier pour le compte de Y\_\_\_\_\_ Sarl à Carouge, qui indique « En tant que magasinier, j'ai pour tâche d'aider également mes collègues, en particulier M. E\_\_\_\_\_, lorsque les charges étaient importantes. J'ignorais les raisons qui faisaient que M. E\_\_\_\_\_ ne pouvait pas lever des charges lourdes. (...) J'indique que M. E\_\_\_\_\_ ne faisait pas état de plaintes spécifiques, mais je savais qu'il ne pouvait pas porter de lourdes charges. (...) M. E\_\_\_\_\_ effectuait un travail identique au mien, qui consistait notamment à réceptionner les marchandises et à préparer les commandes. La plupart du temps, les livraisons étaient faites par mes propres soins, M. E\_\_\_\_\_ y allant rarement. M. E\_\_\_\_\_ travaillait davantage avec moi qu'avec mes deux collègues du magasin et j'avais reçu une consigne de la part de M. G\_\_\_\_\_ de l'aider. »
50. Enfin, la Cour a entendu Monsieur G\_\_\_\_\_, chef d'entreprise, Y\_\_\_\_\_ Sarl à Carouge : « M. E\_\_\_\_\_ a été engagé par la société G\_\_\_\_\_ au début de l'année 2008. Il a travaillé jusqu'à la date de son accident, à savoir le 5 mai 2009. J'ai conservé un contact avec M. E\_\_\_\_\_. Durant les neuf premiers mois de l'année 2008, nous avons eu des discussions avec M. E\_\_\_\_\_ sur une possibilité d'activité dans le cadre de l'entreprise G\_\_\_\_\_, mais son engagement n'a été effectué qu'à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2008. (...) Le travail de M. E\_\_\_\_\_ consistait notamment à prendre des mesures et à établir des devis, ainsi qu'à suivre les chantiers, en particulier pour les rendez-vous avec les architectes. M. E\_\_\_\_\_ effectuait aussi des livraisons de produits de peinture, sans toutefois s'occuper du chargement et du [dé]chargement du véhicule, puisque je savais qu'il avait des problèmes de dos. (...) Au moment de la rechute du 5 mai 2009, je n'étais pas présent, mais j'ai tout simplement appris que M. E\_\_\_\_\_ était bloqué. Selon les explications de M. E\_\_\_\_\_, il s'agissait apparemment d'un faux mouvement, à savoir un mouvement anodin en se retournant. S'agissant

---

en général des travaux pénibles, M. E\_\_\_\_\_ pouvait utiliser, comme les autres collaborateurs d'ailleurs, des engins électriques, ou des chariots, ou des diables. Je précise que pour le gerbeur (un élévateur électrique), il est nécessaire d'avoir un permis spécial. En plus, en cas de besoin, M. E\_\_\_\_\_ avait toujours la possibilité de demander l'aide d'autres personnes se trouvant dans l'entreprise. D'une manière générale, M. E\_\_\_\_\_ sollicitait l'aide d'autres personnes ou de moyens mécaniques en cas de besoin. Toutefois, je ne peux affirmer qu'une fois ou l'autre il n'ait pas exécuté lui-même un travail sans demander une aide. (...) J'indique que dans l'activité qui lui était attribuée, il n'y avait pas de difficulté particulière. Sans être d'un caractère plaintif de manière permanente, M E\_\_\_\_\_ me signalait toutefois qu'il avait mal au dos. »

51. Faisant part de sa détermination suite aux enquêtes, la SUVA persiste à conclure au rejet du recours, en précisant qu'à teneur de l'appréciation du Dr S\_\_\_\_\_ du 27 juin 2011, les différentes allégations du Dr M\_\_\_\_\_ ne sont pas propres à modifier la position défendue jusqu'ici pas l'institution
52. Dans ses conclusions motivées après enquêtes, le recourant relève notamment que, d'une part, d'après le Dr M\_\_\_\_\_, le statu quo sine n'était aucunement atteint le 1<sup>er</sup> novembre 2008 puisqu'il ressentait toujours de vives douleurs liées, à n'en pas douter, à l'accident survenu au mois de novembre 2007 et que des médicaments lui étaient toujours prescrits et que, d'autre part, il peut légitimement douter de la compétence du Dr U\_\_\_\_\_ qui ne connaît pas la notion de fissure annulaire ni de hernie intra-discale qui fait partie des sous-classes d'hernie discale. Le recourant met en évidence le fait que, après avoir été mis au courant de tous les éléments du dossier, le Dr O\_\_\_\_\_ a bien été contraint de revoir son appréciation et de considérer qu'il existait un lien de causalité évident entre l'accident survenu le 28 novembre 2007 et l'arrêt de travail du recourant dès le 1<sup>er</sup> mai 2009, comme cela résulte du procès-verbal d'enquêtes du 24 mars 2011, en relevant toutefois, de manière tout aussi surprenante que contradictoire, le Dr O\_\_\_\_\_ qui avait eu des contacts avec la SUVA, a modifié ses déclarations lors de l'audience du 19 mai 2011 en précisant qu'il ne s'était jamais prononcé sur la question de lien de causalité entre l'accident du 27 novembre 2007 et l'état de santé ressenti par le recourant le 5 mai 2009. Insistant, en particulier sur ce point, le recourant déclare « Par conséquent, on relèvera que le discours du Dr Didier O\_\_\_\_\_ est loin d'être clair et peut même être qualifié de contradictoire et obscur, puisque, après avoir clairement admis le lien de causalité, il modifie son point de vue lors de la seconde audience, en tempérant ses propos et en rejetant la responsabilité de la décision erronée, prise par la SUVA sur l'appréciation de l'un de ses confrères, le Dr S\_\_\_\_\_, qui ne possédait pas l'entier du dossier du Recourant. » Au sujet de l'activité professionnelle, le recourant indique que le travail effectué était en adéquation avec les douleurs ressenties et il convient de considérer, sur cette base, que, contrairement à ce que prétend la SUVA qui fait fausse route et ne tient aucunement compte de tous les éléments du dossier, le statu

quo sine n'était nullement atteint le 1<sup>er</sup> novembre 2008. En conclusion, le recourant considère que la décision rendue par la SUVA est arbitraire en ce sens qu'elle ne prend pas en considération certains éléments cruciaux pour ne retenir que l'avis esseulé du Dr S \_\_\_\_\_ et arrive ainsi à un résultat insoutenable et choquant. Le recourant conclut notamment à l'annulation de la décision sur opposition du 9 février 2010 et subsidiairement à l'ordonnance d'une expertise médicale par un expert indépendant.

53. Après avoir transmis les dernières écritures aux parties, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Selon l'art. 56 al. 1<sup>er</sup> LPGA, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1<sup>er</sup> LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1<sup>er</sup> LPGA). En l'espèce, le recours interjeté le 9 mars 2010 contre la décision sur opposition de l'intimée du 9 février 2010, notifiée le 10 février 2010 au domicile élu du recourant, dans le délai de 30 jours et par ailleurs respectant les règles de forme imposées par la loi, est recevable.
3. Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par le recourant, dès le 5 mai 2009, peuvent ouvrir droit à des indemnités journalières et aux prestations de la SUVA.
4. 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)

5. 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).

6. 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, FRESARD, *L'assurance-accidents obligatoire*, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, p. 16).
7. 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).
8. 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*, 2° 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).

9. 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).
10. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C\_773/2007, consid. 2.1).

En outre, lorsque des expertises ordonnées au stade de la procédure administrative sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent 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).

11. Au sujet de la valeur probante d'un rapport médical, le Tribunal a rappelé dans un arrêt du 2 février 2010 (9C\_603/2009) « En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 de l'expert 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 351 consid. 3a p. 353 ; 122 V 157 consid. 1c p. 160 et les références). »
12. Le juge peut ainsi accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé ou de douter de l'objectivité des appréciations portées. (U25/05). Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas 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. Etant 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, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).
13. 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/bb et cc).
14. 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 du 28 novembre 2007 et, d'autre part, qu'elles ne lui permettent plus d'effectuer les activités professionnelles habituelles. 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.

15. En l'espèce, figurent notamment au dossier des appréciations médicales des Drs O \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_, des rapports médicaux du Dr M \_\_\_\_\_ ainsi que d'un rapport d'expertise du Dr U \_\_\_\_\_. De plus, le dossier comprend les procès-verbaux des audiences d'enquêtes au cours desquelles la Cour a entendu les Drs U \_\_\_\_\_, M \_\_\_\_\_ et O \_\_\_\_\_ ainsi qu'un collègue du recourant, Monsieur F \_\_\_\_\_ et son employeur, Monsieur G \_\_\_\_\_.
16. Dans son rapport du 22 mai 2008, le Dr M \_\_\_\_\_ pose en particulier le diagnostic de probable discopathie L3-L4 préexistante et indique, le 27 octobre 2008 que le recourant était à nouveau capable de travailler à 100% dès le 1<sup>er</sup> novembre 2008. De plus, dans un rapport à l'attention de l'OAI, ce médecin précisait que du point de vue médical, l'activité exercée avant l'accident était exigible à 100%. Le 15 mai 2009, le Dr M \_\_\_\_\_ a fait état d'une nouvelle incapacité totale de travail en précisant, en particulier, que le patient présentait une rechute hyperalgique de sa sciatique S1 gauche. Dans un courrier du 9 juin 2009, le Dr M \_\_\_\_\_ fait mention d'une « continuité des symptômes depuis le jour de l'accident à aujourd'hui ». Lors de son audition, le Dr M \_\_\_\_\_ confirme qu'à son avis la hernie discale a pour origine l'accident du 28 novembre 2007. Le Dr M \_\_\_\_\_ qui mentionnait, le 22 mai 2008, le diagnostic de probable discopathie L3-L4 préexistante, donne ainsi son avis au sujet du lien entre l'accident du 28 novembre 2007 et l'état de santé du recourant le 5 mai 2009 sans motiver de façon convaincante son affirmation.
17. Le Dr O \_\_\_\_\_ a effectivement précisé, lors de son audition du 19 mai 2011, qu'il ne s'était jamais prononcé sur la question de lien de causalité entre l'accident du 27 novembre 2007 et l'état de santé ressenti par le recourant le 5 mai 2009, cette question ayant été examinée par le Dr S \_\_\_\_\_. Toutefois, la Cour relèvera que, lors de son audition du 24 mars 2011, le Dr O \_\_\_\_\_ a précisé en particulier qu'il est très rare qu'un accident soit à l'origine exclusive d'une hernie discale et qu'une hernie discale a pratiquement toujours une cause dégénérative. Il indiquait encore que, considérant l'aspect dégénératif des disques intervertébraux, il estimait en l'espèce que l'évolution de la hernie discale n'était pas due à l'accident du 28 novembre 2007.
18. Au sujet de la causalité, le Dr S \_\_\_\_\_ a indiqué, le 29 mai 2009, qu'il s'agissait plutôt d'un problème exclusivement pathologique lié à la discopathie préexistante sur les vertèbres lombaires et a conclu, avec une probabilité prépondérante que, le 1<sup>er</sup> novembre 2009, le status quo sine était à nouveau atteint.

19. De plus la Cour de céans estime que l'expertise judiciaire du Dr U \_\_\_\_\_ peut se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Son rapport a été établi en pleine connaissance du dossier, sur la base d'un entretien avec l'intéressé suivi d'un examen neurologique et d'un examen ENMG, il prend en considération les dires du patient ainsi que l'histoire médicale de celui-ci et, suite à une appréciation du cas, élabore des conclusions bien motivées et claires et répond aux questions posées.

Le Dr U \_\_\_\_\_ qui a retenu les diagnostics de lombalgies chronique et algies du membre inférieur gauche atypiques, relève que la discopathie observée chez l'assuré, associée au discret prolapsus discal, doit être considérée comme un processus dégénératif de longue durée. Dans le cas de l'assuré, précise l'expert, nous sommes face à de discrètes anomalies radiologiques, habituelles, et d'allure dégénérative. La péjoration constatée sur le Scanner du 10.06.2009, peut être considérée comme une évolution naturelle du processus dégénératif.

L'expert considère que l'accident du 28.11.2007 a engendré chez l'assuré des lombalgies post-traumatiques, avec irradiation aux membres inférieurs, d'allure pseudo-radiculaire, sans composante organique sous-jacente. L'intensité du syndrome douloureux et de ses répercussions fonctionnelles et professionnelles ne peut être expliqué par des éléments organiques, tant sur la base sur les éléments cliniques que radiologiques. En conséquences, il estime que, pour le cas de l'assuré, un état antérieur, à savoir une discopathie, préexistante, a été aggravé par l'évènement du 28.11.2007, mais certainement pas au-delà de la date du 01.11.2008, ce qui semble largement compté, et ceci sur la base du critère de la vraisemblance prépondérante. Ces conclusions rejoignent l'avis du Dr S \_\_\_\_\_ ainsi que celui du Dr M \_\_\_\_\_ qui posait, dans son rapport du 22 mai 2008, d'un diagnostic de probable discopathie L3-L4 préexistante.

20. Ainsi, il faut admettre qu'il n'existe pas de lien de causalité entre l'atteinte ressentie par le recourant, dès le 5 mai 2009 et l'accident dont il a été victime le 28 novembre 2007.

21. S'agissant de l'activité professionnelle, durant la période du 1<sup>er</sup> novembre 2008 au 5 mai 2009, qui était adaptée à la situation du recourant selon les témoignages de l'employeur et d'un collègue du recourant, il sied de relever que selon le Dr U \_\_\_\_\_ les hernies discales d'origine traumatique sont extrêmement rares et associées à un traumatisme majeur avec d'autres lésions. Elles n'ont pas les caractéristiques d'hernie discale et protusion habituelles qui sont dégénératives. Considérant l'absence de lien de causalité entre l'accident du 28 novembre 2007 et l'état de santé ressenti par le recourant dès le 5 mai 2009, la Cour de céans conclura que l'arrêt de travail était dû à des troubles dégénératifs et non traumatiques.

22. Au vu de ce qui précède, considéré comme infondé, le recours sera rejeté.

23. Enfin, à l'occasion des conclusions motivées après enquêtes du 30 juin 2011, le recourant conclut notamment à l'ordonnance d'une expertise médicale par un expert indépendant, en précisant notamment que le Dr U\_\_\_\_\_, qui a procédé à la précédente expertise, ne disposait clairement pas des compétences, étant précisé qu'il ignorait même la notion d'hernie intra-discale. Il sied de rappeler que 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. Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. En l'espèce, la Cour, ayant reconnu pleine valeur probante à l'expertise du Dr U\_\_\_\_\_, estime que l'administration d'autres preuve serait superflue et rejette la demande du recourant dans le sens d'une nouvelle expertise qui ne saurait modifier son appréciation. Il sied de relever que, lors de son audition du 8 février 2011, le Dr U\_\_\_\_\_ a notamment fait état du fait qu'une fissure annulaire est une anomalie banale du disque et que le terme de protusion remplaçait le terme intra-discale utilisé par le Dr M\_\_\_\_\_. Dès lors, la critique du recourant au sujet de la notion d'hernie intra-discale et de la compétence du Dr U\_\_\_\_\_ est infondée et sera écartée.

24. PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable

**Au fond :**

2. Le 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

Le président suppléant

Florence SCHMUTZ

Georges ZUFFEREY

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