



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1520/2019

ATAS/283/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 14 avril 2020**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié, à BERNEX, comparant avec  
élection de domicile en l'Étude de Maître Guillaume ETIER

recourant

contre

SUVA - CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN  
CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Georges ZUFFEREY et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1973, travaille en qualité d'aide plâtrier peintre auprès de C\_\_\_\_\_ SA depuis le 1<sup>er</sup> juin 2015. À ce titre, il est assuré contre les accidents – professionnels ou non – auprès de la SUVA - caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. Le 7 novembre 2017, l'assuré a été victime d'une collision en chaîne impliquant quatre véhicules, y compris le sien. Alors qu'il se trouvait à l'arrêt en tête de file, l'arrière de son véhicule a été heurté par la voiture qui le suivait, sans que l'airbag ne se déclenche (procès-verbal de police du 20 novembre 2017).
3. Suite au choc, l'assuré s'est plaint de douleurs à la nuque, à l'épaule gauche et à la main droite. Il n'a pas été emmené aux urgences en ambulance mais s'est rendu par ses propres moyens dans une permanence (procès-verbal de police du 20 novembre 2017), la Clinique E\_\_\_\_\_.
4. Lors de l'examen clinique, les médecins de l'établissement précité ont constaté une bonne mobilité glénohumérale, avec une amplitude conservée. Le testing de la coiffe était indolore, sans signe de rupture. La mobilité cervicale était complète, avec toutefois une douleur en fin de mouvement, dans tous les plans à gauche. Une contracture musculaire était également palpable. Quant à la palpation rachidienne, elle était sensible diffusément. S'agissant de la colonne lombaire, la palpation et la percussion étaient sans problèmes. Les médecins n'avaient pas non plus constaté de déficit sensitivomoteur. Forts de ce qui précède, ils ont posé le diagnostic de syndrome cervico- et lombo-vertébral post-traumatique sans « red flag », un traitement par antalgie et myorelaxant a été prescrit et un arrêt de travail jusqu'au 10 novembre 2017 a été délivré (cf. rapport relatif à la consultation du 7 novembre 2017 établi le 12 septembre 2018 par la docteure D\_\_\_\_\_).
5. Des radiographies de la colonne cervicale et lombaire, réalisées le 21 novembre 2017, n'ont pas montré de pincement significatif intersomatique, de tassement ou d'uncarthrose au niveau cervical. En revanche, au niveau lombaire, les images ont décelé un pincement L5-S1 et une arthrose hypertrophiante des articulaires postérieures au niveau L4-L5 et L5-S1, de même qu'une surélévation de l'hémibassin gauche.
6. Le 13 décembre 2017, l'assuré s'est une nouvelle fois rendu à la Clinique E\_\_\_\_\_. La semaine précédente, il avait consulté son médecin traitant, qui lui avait prescrit de la physiothérapie. Les radiographies réalisées à la demande de celui-ci montraient une fracture du sacrum. Depuis la veille, il ressentait des lombalgies irradiant dans les jambes. À l'examen clinique, la palpation lombaire était indolore. En revanche, la zone paralombaire droite était contractée et douloureuse. Une hyposensibilité superficielle postérieure du membre inférieur droit a été constatée. Le releveur des hallux était symétrique. Il en allait de même de la flexion des pieds contre résistance en position couchée, laquelle était symétrique et normale. L'assuré n'arrivait toutefois pas à se mettre sur la pointe des

pieds à cause de la douleur. La manœuvre de Lasègue était positive à droite, avec une douleur jusqu'au genou. À gauche, elle provoquait une douleur lombaire. Les réflexes ostéotendineux (ROT) rotuliens et achilléens n'avaient pas été obtenus des deux côtés. Le diagnostic de lombosciatalgies droites a été posé et l'assuré a été adressé à son médecin traitant pour la suite des investigations.

7. Une IRM lombaire, réalisée le 15 décembre 2017, a montré des discopathies L3-L4-L5 et L5-S1 avec signal inflammatoire aigu au niveau L4-L5, une volumineuse hernie discale L4-L5, sténosant complètement le canal, ainsi qu'une protrusion L5-S1 paramédiane gauche, rétrécissant le récessus (cf. rapport du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, du 31 janvier 2018).
8. Le 19 décembre 2017, l'assuré a été examiné par le Dr F\_\_\_\_\_, qui a posé le diagnostic de lombosciatalgies bilatérales et troubles de la marche par atteinte proprioceptive sur volumineuse hernie discale post-traumatique L4-L5 médiane, avec sténose canalaire sévère. Vu l'IRM du 15 décembre 2017, une intervention chirurgicale semblait nécessaire.
9. Le 22 décembre 2017, le Dr F\_\_\_\_\_ a procédé à l'intervention suggérée, à savoir une laminectomie L4 partielle par abord inter-épineux, herniectomy et discotomie L4-L5 bilatérale.
10. La SUVA a soumis le dossier de l'assuré à son médecin d'arrondissement, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Dans une brève note manuscrite du 4 juin 2017, ce médecin a considéré, sans autres précisions, que la causalité ne pouvait être retenue selon une vraisemblance prépondérante.
11. Par décision du 18 juin 2018, la SUVA a mis un terme à ses prestations avec effet au 19 décembre 2017, les troubles ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 20 décembre 2017 n'étant pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident assuré.
12. Par courrier du 20 août 2018, l'assuré, représenté par son conseil, s'est opposé à la décision du 18 juin 2018.

En substance, il a notamment allégué que suite au choc très violent survenu le 7 novembre 2017, il avait ressenti des douleurs cervicales et lombaires ainsi que des douleurs à l'épaule gauche et à la main droite. Par la suite, une douleur, irradiant au niveau de ses membres inférieurs, plus intense à droite, s'était progressivement installée. Il éprouvait également une hypoesthésie sous ses deux pieds, provoquant des troubles de l'équilibre et de la marche. Entre mi-novembre 2017 et mi-décembre 2017, la douleur ressentie consécutivement au choc s'était aggravée malgré le traitement médicamenteux et des infiltrations. Il avait alors consulté le Dr F\_\_\_\_\_ qui avait procédé à l'intervention du 20 décembre 2017. Malgré l'opération, les douleurs l'empêchaient toujours de travailler.

Pour l'assuré, les douleurs et les limitations qu'elles entraînaient étaient consécutives à l'accident, dès lors que par le passé, il n'avait jamais ressenti des

troubles dorsaux, ni suivi de quelconques traitements en lien avec de tels troubles. C'était d'ailleurs confirmé par le Dr F\_\_\_\_\_, lequel avait considéré, dans un rapport du 3 août 2018 joint à l'opposition, qu'« en l'absence d'antécédent symptomatique et en présence d'une pathologie décompensée de façon aiguë après un traumatisme avec une image de syndrome de la queue de cheval, on [pouvait] conclure raisonnablement à une origine traumatique à cette hernie qui a nécessité une prise en charge en urgence avec aujourd'hui une phase de récupération encourageante, nécessitant la poursuite de la rééducation ».

13. Après avoir obtenu les rapports relatifs aux consultations des 7 novembre et 13 décembre 2017 (cf. ch. 4 et 6 *supra*), la SUVA a une nouvelle fois soumis le dossier de l'assuré à son médecin d'arrondissement, le Dr G\_\_\_\_\_.
14. Dans une appréciation datée du 7 janvier 2019, le médecin précité a rappelé, après avoir résumé les pièces au dossier, que les pathologies de la colonne vertébrale et des disques intervertébraux n'étaient que rarement d'origine traumatique. Pour que cette origine soit acceptée, il fallait notamment un mécanisme traumatique à haute énergie (chute d'un lieu élevé ou accident de voiture à haute vitesse). L'immense majorité des lésions discales était en réalité la conséquence d'une pathologie dégénérative. Dans le cas de l'assuré, l'accident du 7 novembre 2017 devait être qualifié de mécanisme à basse énergie : la voiture était à l'arrêt, les dégâts sur la carrosserie étaient minimes et l'airbag ne s'était pas déclenché. L'assuré n'avait en outre présenté aucune anomalie neurologique dans les suites immédiates. Ce n'était que quelques semaines après qu'il avait été examiné par le Dr F\_\_\_\_\_ qui avait constaté les anomalies neurologiques justifiant l'intervention chirurgicale du 20 décembre 2017. Dans un tel contexte, en l'absence d'anomalie immédiate, il était difficile de retenir un lien de causalité pour le moins probable entre l'accident à faible énergie du 7 novembre 2017 et les conséquences sérieuses constatées ultérieurement (hernie volumineuse). Par conséquent, le Dr G\_\_\_\_\_ était d'avis que le lien de causalité naturelle était possible mais qu'il ne pouvait être établi au degré de la vraisemblance prépondérante.
15. Le 13 mars 2019, la SUVA a écarté l'opposition du 20 août 2018 et confirmé la décision du 18 juin 2018, considérant qu'elle était habilitée à fixer la fin de ses prestations au 19 décembre 2017.
16. Par écriture du 15 avril 2019, l'assuré (ci-après : le recourant), toujours représenté par son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition susmentionnée, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à son audition, à l'audition de ses médecins ainsi qu'à la réalisation d'une expertise orthopédique. Sur le fond, il a conclu à l'annulation de la décision entreprise et au versement des prestations au-delà du 19 décembre 2017.

À l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment relevé que le Dr G\_\_\_\_\_, qui ne l'avait jamais examiné personnellement, mettait en doute la causalité entre l'accident et les troubles rachidiens, au seul motif que l'accident ne serait pas

survenu à une énergie suffisante, ce qui était contesté. En effet, en l'absence d'un état préexistant, le traumatisme n'avait pas pu décompenser un quelconque trouble du rachis. En outre, il ressortait des rapports médicaux du Dr F\_\_\_\_\_ que les douleurs rachidiennes et les limitations qui en découlaient étaient consécutives à l'accident du 7 novembre 2017. Partant, le lien de causalité entre l'accident et les troubles encore ressentis était établi au degré de la vraisemblance prépondérante.

17. La SUVA (ci-après : l'intimée) a répondu par mémoire du 14 mai 2019 et a conclu au rejet du recours.

À l'appui de sa position, l'intimée a notamment constaté que le 7 novembre 2017, le véhicule du recourant avait été heurté à l'arrière à la suite d'une collision en chaîne impliquant trois autres véhicules. Son véhicule, à l'arrêt en-tête de file, avait été le dernier touché et n'avait subi que peu de dégâts matériels au regard des clichés de la police. Le recourant était ceinturé au moment du choc, qui n'avait au demeurant pas déclenché l'airbag. Il avait été légèrement blessé et n'avait présenté aucune anomalie lors de la consultation médicale le jour de l'accident. Cela étant précisé, elle constatait également que dans ses rapports des 3 août 2018 et 11 avril 2019, le Dr F\_\_\_\_\_ avait évoqué une pathologie décompensée de façon aiguë après un traumatisme, raison pour laquelle il concluait à une origine traumatique. Enfin, l'intimée rappelait que l'absence de douleurs ou d'antécédents avant le 7 novembre 2017 ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle avec l'accident.

18. Sur quoi, la chambre de céans a procédé à l'audition des parties lors d'une audience de comparution personnelle le 7 octobre 2019.

À cette occasion, le recourant a notamment expliqué qu'il ne travaillait toujours pas en raison des douleurs au dos. Il était arrivé en Suisse en 2015 en provenance d'Allemagne, pays dans lequel il avait exercé des activités dans les domaines de la peinture et du jardinage, y compris la taille des arbres. En Suisse, il avait continué ce type d'activités. Il avait été amené à monter sur des échafaudages ainsi que sur des arbres. Il n'avait jamais chuté et n'avait jamais eu de problèmes de dos. Avant l'accident de novembre 2017, il pouvait travailler sans difficulté et à plein temps.

Lors de l'accident, il se trouvait dans une file de voitures, à sept mètres du véhicule qui le précédait. Après le choc, il s'était retrouvé à quelques centimètres à peine de la voiture qui le précédait, sans l'avoir percutée. Le choc était important. Il avait alors immédiatement ressenti une douleur dans la nuque, à l'épaule gauche et dans le dos, sous le niveau de la ceinture, au milieu. Il sentait la douleur partout, mais à cet endroit-là, c'était plus fort. Il n'avait pas été transporté en ambulance ce jour-là, car il ne pensait pas que c'était très grave. Suite à l'accident, sa voiture ne démarrait plus. Les trois voitures avaient d'ailleurs été emmenées avec une dépanneuse. Il confirmait que l'airbag ne s'était pas déclenché. Les douleurs avaient augmenté entre l'accident et le moment où il avait été opéré par le Dr F\_\_\_\_\_, à tel point qu'il ne pouvait pas aller aux toilettes ni se mouvoir sans être soutenu par son

épouse ou son fils de 15 ans. Après l'IRM, il avait été directement conduit à la salle d'opération. Il avait consulté un psychologue pendant deux mois, à trois ou quatre reprises. Étant désormais suivi par le docteur H\_\_\_\_\_ à raison d'une à deux fois par mois, il n'avait pas revu le Dr F\_\_\_\_\_.

Par l'intermédiaire de son conseil, le recourant a considéré que si la chambre de céans ne devait pas juger utile d'entendre les Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, il persistait à solliciter une expertise orthopédique par un médecin indépendant.

Pour sa part, l'intimée a conclu à la réalisation d'une expertise biomécanique dans l'hypothèse où une expertise orthopédique serait ordonnée.

19. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

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

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

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

4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de ne pas allouer de prestations au-delà du 19 décembre 2017, faute de lien de causalité naturelle.

5. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle

---

(ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

6. a. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident

(arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

b. Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3).

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

- Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque les critères suivants sont remplis : traumatisme important sur le rachis en mesure de déchirer un disque sain, relation temporelle étroite avec apparition immédiate après l'accident des symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire), anamnèse pré-traumatique vierge de tous symptômes, premières radiographies après l'accident sans aucune image d'altération dégénérative au niveau du segment concerné (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2 ; RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3), étant précisé qu'un disque intervertébral sain est à ce point résistant qu'une action violente va plutôt avoir pour effet de fracturer les vertèbres que d'entraîner une lésion des disques intervertébraux. Selon l'expérience médicale, la lésion isolée d'un disque intervertébral due à un accident peut uniquement être provoquée par un effort purement axial de la colonne vertébrale et non par des mouvements de rotation, d'hyperextension ou d'hyperflexion (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 332/03 du 3 janvier 2005 consid. 2).
- Les critères précités sont également applicables en cas d'aggravation d'un état dégénératif préexistant, de sorte qu'un accident n'est qu'exceptionnellement à l'origine d'une hernie discale même en présence d'un état dégénératif antérieur et ce uniquement lorsque ledit accident est également en mesure de blesser un disque sain (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 163/05 du 3 octobre 2005 consid. 3.1). Dans un arrêt plus récent, le Tribunal fédéral semble avoir nuancé ce qui précède, en considérant que l'accident en question (véhicule à l'arrêt percuté à l'arrière par un camion) n'était pas de nature à entraîner en soi une hernie discale, sauf si le disque atteint était préalablement dégénéré. Dans un tel cas, l'événement accidentel avait produit soit un étirement radiculaire sur une hernie discale préexistante soit l'extrusion de matériel discal d'un disque préalablement dégénéré. Le Tribunal fédéral a ainsi retenu que la hernie discale avait été déclenchée par l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011). En tout état, l'aggravation significative et donc durable



d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2).

- Si la hernie discale est seulement décompensée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3). Dans un tel cas, la preuve médicale de la causalité naturelle est remplacée par la présomption jurisprudentielle - qui se fonde sur la littérature médicale - selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C\_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002).
7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 251 consid. 3b/ee).

Le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Une instruction complémentaire sera ainsi requise, s'il subsiste des doutes, même minimes, quant au bien-fondé des rapports et expertises médicaux versés au dossier par l'assureur (ATF 122 V 157 consid. 1d; ATF 123 V 175 consid. 3d; ATF 125 V 351 consid. 3b ee; ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_588 /2015 du 17 décembre 2015 consid. 2).

b/bb. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

b/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes

---

sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

8. a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

b. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

d. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit

---

procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

9. a. En l'espèce, se fondant sur les appréciations de son médecin d'arrondissement, l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 19 décembre 2017, au motif que les troubles ressentis par le recourant au-delà de cette date n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 7 novembre 2017, l'accident n'étant notamment pas susceptible de causer la hernie discale ayant nécessité l'intervention du 20 décembre 2017.

Pour sa part, le recourant est d'avis que la hernie discale en question a été causée par l'accident assuré, de sorte que l'intimée ne pouvait mettre un terme à ses prestations avec effet au 19 décembre 2017.

b/aa. Il y a lieu de déterminer, tout d'abord, si l'accident du 7 novembre 2017 a provoqué la hernie discale comme le prétend le recourant.

À titre liminaire, il convient de relever qu'on ne saurait suivre le recourant et le Dr F\_\_\_\_\_, lesquels retiennent l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 7 novembre 2017 et la hernie discale, au motif que le recourant était asymptotique avant cet événement car cela revient à se fonder sur l'adage « *post hoc ergo propter hoc* », lequel ne permet pas, selon la jurisprudence, d'établir un tel lien (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 4.3).

Cela étant précisé, force est de constater que, compte tenu de la jurisprudence en la matière, qui considère comme une règle tirée de l'expérience qu'une hernie discale n'est due à un accident que dans des conditions particulières et exceptionnelles (voir *supra* consid. 6b), on ne peut pas retenir que l'accident du 7 novembre 2017, soit un carambolage impliquant quatre véhicules, dont celui du recourant, revête une importance particulière. La vitesse des véhicules impliqués au moment des chocs ne ressort pas du dossier. On sait toutefois que le véhicule du recourant est le dernier à avoir été percuté. L'airbag ne s'est pas déclenché, ce qui a été confirmé en audience. En outre, les blessures subies ne revêtent pas une gravité particulière. Le

recourant n'a, en particulier, pas subi de lésion structurelle ou neurologique, dans les suites immédiates de l'accident, ce qui tend à démontrer que les forces qui se sont développées lors de la survenance du choc, certes non négligeables, n'étaient pas particulièrement importantes. Par conséquent, comparé aux événements relatés par la jurisprudence, propres à provoquer la survenance d'une hernie discale, tels qu'une chute libre d'une hauteur importante, un saut de 10 mètres de hauteur, une chute notamment avec port de charges, un télescopage à grande vitesse (voir l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.2 et les références), l'accident du 7 novembre 2017 a été relativement modéré.

Les considérations qui précèdent rejoignent ainsi celles du Dr G\_\_\_\_\_ qui a également qualifié l'accident de mécanisme à basse énergie, rappelant que la voiture était à l'arrêt, que les dégâts étaient minimes sur la carrosserie selon les clichés de la police et que l'airbag n'était pas sorti.

Cela étant et en tout état, force est également de constater que les premières radiographies après l'accident n'étaient pas sans image d'altération dégénérative au niveau du segment concerné, dès lors qu'elles ont montré une arthrose hypertrophiante et une discopathie au niveau du segment L4-L5.

Par conséquent, dans la mesure où à tout le moins deux des conditions prévues par la jurisprudence ne sont pas réalisées, il doit être considéré, conformément à la jurisprudence en la matière, que l'accident du 7 novembre 2017 n'a pas pu causer la hernie discale dont souffre le recourant. Cela étant, cela ne signifie pas encore que l'intimée était en droit de mettre un terme à ses prestations avec effet au 19 décembre 2017 comme elle l'a fait par décision 18 juin 2018, confirmée sur opposition le 13 mars 2019. En effet, si l'accident en question a aggravé ou décompensé provisoirement un état dégénératif antérieur, l'assurance-accidents est tenue de prester jusqu'au retour à un *statu quo sine vel ante*.

b/bb. Dans le cas présent, l'imagerie pratiquée a montré que le recourant présentait un état dégénératif préexistant au niveau du segment concerné avec une arthrose hypertrophiante et une discopathie L4-L5.

Il ressort toutefois des pièces du dossier que l'intimée s'est limitée à examiner la causalité directe entre l'accident et la hernie discale dont souffre le recourant et qu'elle n'a pas investigué la question d'une décompensation alors même que le Dr F\_\_\_\_\_ a évoqué une telle possibilité. La SUVA n'a pas non plus examiné la question de l'aggravation d'un état dégénératif préexistant. Or, si l'accident est une cause indirecte de la symptomatologie (décompensation ou aggravation), l'intimée doit prester jusqu'au retour à *un statu quo*. Les principes ne sont toutefois pas identiques dans les deux cas : en cas de décompensation d'un état dégénératif antérieur, la présomption jurisprudentielle s'applique et l'on doit considérer que le *statu quo* est atteint après six à neuf mois, au plus tard un an après l'accident. En revanche, en cas d'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale (laquelle est établie, selon la

jurisprudence, lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme), l'assureur-accidents doit prendre en charge le traitement - et, partant, les éventuelles interventions chirurgicales - jusqu'à ce que le *statu quo sine vel ante* soit atteint, aucune présomption jurisprudentielle n'intervenant dans un tel cas.

Il en découle que la chambre de céans n'est pas en mesure d'examiner la validité de la décision sur opposition querellée faute d'instruction médicale sur l'état antérieur du recourant. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire – éventuellement sous forme d'expertise - sur la question d'une aggravation traumatique ou d'une décompensation d'un état dégénératif préexistant et sur la date du retour à un *statu quo sine*. Vu le renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire, il n'est pas nécessaire d'entendre les médecins du recourant ni d'ordonner une expertise orthopédique ou biomécanique.

10. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision sur opposition du 13 mars 2019 annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 13 mars 2019.
4. Renvoie la cause pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser une indemnité de CHF 2'000.- au recourant, à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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