



POUVOIR JUDICIAIRE

A/712/2021

ATAS/1343/2021

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 décembre 2021

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié _____, à GENÈVE, comparant recourant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Lorène VIDA

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCES EN intimée
CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

- A. a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ à 1968, a été employé comme nettoyeur par B_____ (ci-après : l'employeur) et, à ce titre, assuré contre les accidents auprès de la SUVA caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
- b.** Le 6 mars 2018, l'assuré a été victime d'un accident professionnel. Selon la déclaration de sinistre du 12 mars 2018, il a fait une glissade sur la neige et subi une contusion à la jambe gauche. Il a été en arrêt de travail à 100% dès le 7 mars 2018.
- c.** Par courrier du 16 mars 2018, la SUVA a pris en charge les suites de l'accident et reconnu à l'intéressé le droit à une indemnité journalière.
- d.** L'assuré a repris le travail le 16 avril 2018, puis a été à nouveau en incapacité de travail à 100% dès le 26 avril 2018.
- e.** Par courrier du 4 mai 2018, la SUVA l'a informé qu'elle réexaminait sa responsabilité, suite à ce nouvel arrêt de travail.
- f.** La SUVA a reçu de nombreuses pièces médicales, dont un rapport portant sur les premiers soins dispensés le 7 mars 2018 (rapport du 9 mai 2018 du docteur C_____, chirurgien orthopédique), un rapport relatif à une radiographie du bassin et de la hanche gauche et une échographie de la hanche gauche réalisées le 13 mars 2018 (rapport du 13 mars 2018 de la doctoresse D_____, spécialiste FMH en radiologie), des rapports suite à des imageries par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la hanche gauche et de la colonne lombaire le 26 mars 2018 (rapports des 27 mars et 4 avril 2018 de la Dresse D_____), des rapports faisant état d'une infiltration lombaire foraminale épidurale (rapport du 4 avril 2018 du docteur E_____, médecin radiologue FMH), un rapport de consultation de neurochirurgie du 3 mai 2018 (rapport du 4 mai 2018 du docteur F_____, neurochirurgien FMH), un rapport suite à une infiltration lombaire le 8 mai 2018 (rapport du 9 mai 2019 du docteur G_____, radiologue FMH), un rapport intermédiaire du médecin traitant (rapport du 15 mai 2018 du docteur H_____, médecin généraliste).
- g.** Par avis des 18 et 24 mai 2018, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a conclu que les effets liés au traumatisme avaient cessé à la reprise du travail, s'agissant du diagnostic de contusion du moyen fessier gauche. Concernant la lombosciatalgie et la hernie discale ayant entraîné une nouvelle incapacité de travail le 26 avril 2018, la causalité était tout au plus possible du fait de la discopathie pluri-étagée, associée à un remaniement ostéophytique également pluri-étagé. De plus, le traumatisme n'était pas à haute énergie, l'assuré avait consulté le lendemain du sinistre, aucune chirurgie d'urgence n'avait été proposée, l'examen initial ne mentionnait pas de douleur typique d'irritation sciatique malgré une douleur importante au niveau de la cuisse gauche et l'assuré avait déjà subi une intervention au niveau de son rachis pour une hernie discale L4-L5 vingt ans auparavant. Enfin, étaient relevées au

niveau du bassin une coxarthrose bilatérale sur une dysplasie et une sclérose sacro-iliaque, faisant suspecter un problème rhumatologique sous-jacent.

h. Suite à une nouvelle IRM de la colonne lombaire réalisée le 3 juillet 2018 (rapport du 4 juillet 2018 du Dr G _____), une indication opératoire de la hernie discale L5-S1 a été retenue (rapport du 18 juillet 2018 du Dr F _____).

i. Par décision sur opposition du 22 août 2018, la SUVA a confirmé sa décision du 25 mai 2018 et conclu, conformément à l'appréciation de son médecin-conseil, que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'événement du 6 mars 2018, et que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint au plus tard le 16 avril 2018, date de la reprise du travail à 100%. Elle devait clore le cas à cette date en ce qui concernait les suites de l'accident et réfutait tout droit à d'autres prestations d'assurance.

B. a. Le 25 septembre 2018, l'intéressé a recouru auprès de la chambre de céans contre cette décision sur opposition.

b. Le 5 octobre 2018, l'assuré a subi une résection microchirurgicale de la hernie discale L5-S1 par abord interlaminaire L5-S1 gauche (rapport opératoire du 5 octobre 2018 du Dr F _____). L'évolution de la lombosciatalgie gauche a été favorable, mais des douleurs du dos, surtout dans la partie musculaire latérale droite, ont persisté (rapport du 7 février 2019 du Dr F _____).

c. Lors d'une audience de comparution personnelle des parties du 28 août 2019, l'assuré a notamment été interrogé sur les circonstances du sinistre et l'évolution de son état de santé.

d. Par arrêt du 18 décembre 2019, la chambre de céans a annulé la décision sur opposition du 22 août 2018 et dit que la SUVA devait prendre en charge les suites de l'accident au-delà du 26 avril 2018 (ATAS/1175/2019). Elle a considéré que le rapport du Dr I _____, qui n'avait ni vu ni entendu l'assuré, et dont les conclusions étaient remises en cause par le rapport de la Dresse D _____, sur la base d'une IRM, ne répondait pas aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et ne suffisait pas à établir, au niveau de la vraisemblance prépondérante, que l'atteinte à la santé de l'assuré n'était plus en rapport de causalité naturelle avec l'événement du 6 mars 2018, dès le 26 avril 2018. Dans la mesure où le fardeau de la preuve appartenait à la SUVA dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, sa décision de cesser la prise en charge des suites de l'accident assuré était infondée et devait être annulée.

C. a. Par avis du 6 avril 2020, le Dr I _____, interrogé par la SUVA quant au rapport de causalité entre le sinistre assuré et l'intervention du 5 octobre 2018, ainsi que sur la capacité de travail de l'assuré, a indiqué qu'il était nécessaire de faire un examen, mais qu'a priori, l'événement aurait fini de déployer ses effets après une période post-opératoire et de rééducation de l'ordre de six mois au maximum.

b. Le 6 mai 2020, sur demande de la SUVA, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève lui a transmis copie de son dossier, dont un rapport relatif à une IRM de la colonne lombaire du 24 septembre 2019 (rapport du 29 septembre 2019 de la doctoresse J_____, spécialiste FMH en radiologie) et un rapport duquel il ressort qu'une nouvelle intervention chirurgicale était prévue, soit une résection de la hernie discale L3-L4 gauche et une décompression de la racine L4 gauche (rapport du 9 janvier 2020 du Dr F_____).

c. Le 11 juin 2020, l'assuré a informé la SUVA qu'il se ferait opérer le 2 juillet suivant en lien avec sa perte de sensibilité du muscle de la jambe gauche et ses nombreuses douleurs lombaires.

d. Le 29 juin 2020, le Dr I_____ a établi un rapport suite à l'examen de l'assuré le 23 juin 2020. Il a conclu que l'intervention du 5 octobre 2018 était en rapport avec l'événement accidentel, qui avait fini de déployer ses effets trois mois après l'opération. L'atteinte préexistante objectivable dès les premières imageries était actuellement prépondérante et se reflétait dans la symptomatologie actuelle. La causalité naturelle entre l'événement en cause et l'intervention prévue le 2 juillet 2020, laquelle concernait le segment L3-L4 sur un status post cure chirurgicale de 1998, était tout au plus possible.

e. Par décision du 6 août 2020, la SUVA, se fondant sur l'appréciation de son médecin-conseil, a mis fin aux prestations avec effet au 6 février 2019.

f. Dans un courriel du 14 août 2020, le Dr F_____ a indiqué à la SUVA que l'assuré présentait une colonne dégénérative, qu'il avait réopéré le patient en juillet 2020 sur un autre niveau lombaire, pour un « problème dégénératif ». À son avis, il s'agissait « clairement d'un cas maladie et non accident ».

g. Le 10 septembre 2020, l'assuré a formé opposition à la décision du 6 août 2020, demandant à la SUVA de reconnaître l'existence d'un accident et son droit à des prestations en rapport avec l'événement du 6 mars 2018.

h. Le 19 novembre 2020, il lui a indiqué qu'il n'avait pas pu obtenir de rapport médical du Dr F_____ et lui a transmis des certificats d'arrêt de travail de son médecin traitant.

i. Par décision sur opposition du 26 janvier 2021, la SUVA a confirmé sa décision du 6 août 2020. Le dossier ne contenait aucun élément médical qui pourrait justifier de s'écarter de l'appréciation convaincante de son médecin d'arrondissement. Le seul fait que le Dr H_____ attestait de la poursuite de l'incapacité de travail ne suffisait pas à remettre en cause l'avis du Dr I_____. En conséquence, c'était à juste titre qu'elle avait mis un terme aux prestations d'assurance au 6 février 2019 pour les troubles liés à l'événement du 6 mars 2018.

D. a. Par acte du 25 février 2021, l'assuré, assisté d'un conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de prendre en charge les suites financières de

l'accident au-delà du 6 février 2019 et de lui verser les prestations d'assurance y relatives. Subsidiairement, il a requis la mise en place d'une instruction complémentaire, en particulier une expertise visant notamment à déterminer le lien entre les lombosciatalgies et la hernie discale et l'événement du 6 mars 2018. Encore plus subsidiairement, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. En substance, le recourant a nié toute valeur probante au rapport du I_____ et fait grief à l'intimée de ne pas avoir procédé à une instruction complète de son dossier suite à l'arrêt de la chambre de céans du 18 décembre 2019.

b. Dans sa réponse du 24 mars 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours pour les motifs évoqués dans la décision entreprise. Elle a considéré qu'il n'y avait pas d'éléments objectifs remettant en cause le fait que l'événement du 6 mars 2018 avait cessé de déployer ses effets à trois mois de l'intervention du 5 octobre 2018, comme retenu le Dr I_____.

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. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis au nouveau droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

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

4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à supprimer, à partir du 6 février 2019, le droit du recourant aux prestations d'assurance pour les troubles persistant au-delà de cette date.
5. **5.1** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort

(art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

5.2 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).

- 6. 6.1** 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.

6.2 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. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). 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).

6.3 Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.1).

La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, 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. 7.1** La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le

médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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).

7.2 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant

selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8. 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).
9. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières 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). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

10. 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 ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – 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 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).
11. **11.1** En l'espèce, dans sa décision litigieuse du 26 janvier 2021, l'intimée a mis un terme aux prestations du recourant au 6 février 2019 pour les troubles liés à l'événement du 6 mars 2018.

Cette appréciation est fondée sur le rapport du 29 juin 2020 du Dr I_____, lequel a retenu les diagnostics de contusion du moyen fessier gauche, de hernie discale L5-S1 compressive avec un rétrécissement de la partie inférieure des deux foramens au niveau L5-S1 des deux côtés, de discopathies lombaires étagées Modic II graisseuses, de status post cure chirurgicale hernie L4-L5 (1998), de coxarthrose bilatérale et d'arthrose sacro-iliaque. Dans son appréciation du cas, le médecin d'arrondissement a considéré que la causalité naturelle avec la douleur fessière gauche et l'irritation S1 avec une symptomatologie également au membre inférieur gauche était probablement en lien avec l'événement en cause. L'intervention du 5 octobre 2018 était en rapport avec cet événement. La suite avait par ailleurs montré que cette discectomie herniaire avait permis d'atténuer l'irritation radiculaire en levant l'obstacle compressif aigu. Cependant, la situation s'était modifiée et les douleurs avaient changé, mais elles étaient toujours présentes et empêchaient l'assuré de reprendre une activité normale. Du fait des antécédents chirurgicaux concernant le rachis lombaire, de la présence d'un état dégénératif symétrique aussi bien concernant les sacro-iliaques que les hanches, la présence

d'une atteinte avec une exostose significative pluri-étagée, l'événement avait fini de déployer ses effets trois mois après l'intervention. L'atteinte préexistante objectivable dès les premières imageries était actuellement prépondérante et se reflétait dans la symptomatologie actuelle associant douleurs, raideurs et symptomatologie neurologique mal systématisée, nécessitant une nouvelle intervention. L'opération prévue le 2 juillet 2020 concernait par ailleurs le segment L3-L4, sur un status post cure chirurgicale de 1998. La causalité naturelle de cette intervention avec l'événement en cause était tout au plus possible.

11.2 Le recourant a contesté les conclusions du Dr I_____. Il a notamment soutenu qu'il n'était pas possible d'affirmer qu'un état dégénératif ait existé avant le sinistre et qu'il était tout à fait possible que la hernie discale ait été provoquée uniquement par l'événement accidentel. À cet égard, il a rappelé que sa chute avait été brutale et qu'il n'avait pas pu se rattraper, que les douleurs étaient apparues tout de suite et qu'il avait consulté son médecin le lendemain. De plus les rapports médicaux attestaient qu'il était asymptomatique avant l'accident et le dossier ne contenait aucune IRM qui aurait été faite avant l'événement assuré. Il en a conclu qu'il devait être admis que la hernie discale était principalement due à l'accident du 6 mars 2018 et que ses troubles actuels devaient être pris en charge par l'intimée. Cela étant, cette dernière devait de toute façon prendre en charge le traitement de l'état malade préexistant dans la mesure où il avait été causé ou aggravé par l'accident, et ce aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'était pas établi. En l'occurrence, il n'avait pas retrouvé son état de santé d'avant l'accident, ni d'ailleurs l'état de santé qu'il aurait eu tôt ou tard en raison de l'évolution d'un prétendu état pathologique antérieur à l'accident.

12. Il convient donc d'examiner la valeur probante du rapport du Dr I_____.

12.1 Au niveau formel, la chambre de céans constate tout d'abord que le médecin d'arrondissement, qui a énuméré toutes les pièces communiquées, n'a pas mentionné les rapports d'IRM lombaires des 4 juillet 2018 et 29 septembre 2019. Ces examens ne sont pas non plus discutés dans son appréciation du cas, de sorte qu'il est permis de conclure qu'il n'a pas eu accès au dossier complet du recourant.

Il est regrettable que le médecin-conseil, dont les précédents rapports avaient été jugés non probants, n'ait pas sollicité l'intégralité du dossier radiologique, ce d'autant plus qu'il savait qu'une nouvelle indication opératoire avait été retenue.

12.2 En ce qui concerne les atteintes à la santé, les diagnostics posés dans le rapport du 29 juin 2020 sont identiques à ceux retenus dans l'appréciation du 24 mai 2018, à savoir une contusion du moyen fessier gauche, une hernie discale L5-S1 compressive avec un rétrécissement de la partie inférieure des deux foramens au niveau L5-S1 des deux côtés, des discopathies lombaires étagées Modic II graisseuses, un status post cure chirurgicale hernie L4-L5 (1998), une coxarthrose bilatérale et une arthrose sacro-iliaque.

La chambre de céans observe ainsi avec le recourant que le médecin-conseil a retenu à nouveau une contusion du moyen fessier gauche, diagnostic qu'elle avait pourtant considéré comme non convaincant, dans son arrêt du 18 décembre 2019. Dans ces conditions, il incombait à tout le moins au Dr I_____ d'expliquer les raisons qui le conduisaient à le confirmer.

Mais surtout, les atteintes mentionnées sont manifestement dépassées et ne correspondent pas à l'état de santé du recourant au moment de son examen. En effet, à titre d'exemples, la hernie discale L5-S1 a été opérée en 2018 et le rapport d'IRM du 29 septembre 2019 a permis de constater un status post cure chirurgicale satisfaisante de cette hernie, sans signe de complication objectivable. À l'inverse, certains troubles objectivés sur les images de 2018 et 2019 n'ont pas été mentionnés par le médecin-conseil, dont la protrusion discale focale L3-L4 nécessitant une nouvelle intervention.

12.3 La chambre de céans relèvera également une contradiction importante dans le rapport du Dr I_____, lequel a indiqué que l'intervention prévue en juillet 2020 portait sur le segment L3-L4, « sur un status post cure chirurgicale en 1998 », alors que cette intervention concernait en réalité le niveau L4-L5, comme correctement mentionné dans les diagnostics.

12.4 En dépit de ces lacunes évidentes, la chambre de céans considère que la cause est en l'état d'être jugée, pour les motifs qui vont être exposés ci-après.

- 13. 13.1** S'agissant de l'existence d'un état dégénératif préexistant, lequel est contesté par le recourant, il convient de rappeler que l'IRM du 26 mars 2018 a mis en exergue de nombreuses discopathies.

Dans son rapport du 4 avril 2018, la Dresse D_____ a notamment fait état d'une discopathie en L2-L3 avec un étalement discal circonférentiel, sans rétrécissement canalaire significatif, et d'un petit rétrécissement à la partie inférieure du foramen gauche, avec un discret hypersignal graisseux, hyper T1 des plateaux vertébraux adjacents, en rapport avec une discopathie Modic II. En L3-L4 elle a relevé une discopathie avec un étalement discal circonférentiel prédominant à gauche, un rétrécissement de la surface du fourreau dural d'environ 30% et un discret rétrécissement de la partie inférieure du foramen gauche. En L4-L5, la radiologue a constaté un hypersignal T1 des plateaux vertébraux adjacents avec des petites irrégularités corticales, en rapport avec une discopathie Modic II, une discopathie avec un petit étalement discal circonférentiel, un petit débord postéro-latéral gauche avec une prise de contraste après injection, témoignant du caractère séquellaire sans récurrence discale, une laminotomie L5 gauche et un minime rétrécissement de la partie inférieure du foramen gauche. Au niveau L5-S1, la Dresse D_____ a observé une discopathie avec un étalement discal circonférentiel et une saillie discale postéro-médiane et postéro-latérale gauches au contact de la racine S1 gauche à son émergence du fourreau dural, ainsi qu'un rétrécissement d'environ 30% de la surface du fourreau dural et un discret rétrécissement de la

partie inférieure des deux foramens, notable à droite, et un petit hypersignal graisseux des plateaux vertébraux adjacents en rapport avec une discopathie Modic II.

C'est le lieu de relever que les lésions de l'os sous-chondral (changement de type Modic) correspondent à des changements dégénératifs de la colonne. Ces lésions sont basées sur le changement du signal de l'os sous-chondral adjacent au disque intervertébral à l'IRM. Trois types ont été définis : Modic type 1, identifié par un œdème de l'os sous-chondral caractérisé par une hypo-intensité en séquence T1 et une hyperintensité en séquence T2, Modic type 2, identifié par une infiltration graisseuse de la région sous-chondrale caractérisée par une hyperintensité en T1 et une hyper-iso-intensité en T2, la troisième catégorie, Modic type 3, est définie par une calcification des plateaux vertébraux avec une hypo-intensité en T1 et T2 (Quel est le rôle de la chirurgie pour les lombalgies avec des changements de type Modic à l'IRM ? [revmed.ch]).

Quant au rétrécissement du canal rachidien, il est secondaire aux troubles dégénératifs du rachis (Canal lombaire étroit : clinique, physiopathologie et traitement [revmed.ch]).

13.2 Compte tenu des constatations objectivées lors de la première IRM, réalisée à seulement 20 jours du sinistre, il peut être tenu pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que le recourant présentait bien un état maladif préexistant sous la forme d'altérations dégénératives du rachis lombaire.

Ceci a d'ailleurs été expressément confirmé par le Dr F_____, qui a signalé une « colonne dégénérative » (courriel du 14 août 2020).

- 14. 14.1** Suite à la première IRM du 26 mars 2018, le Dr F_____ a diagnostiqué des lombosciatalgies gauches probablement sur une hernie discale L5-S1 et un status après une résection d'une hernie discale L4-L5 à gauche 28 ans auparavant. Il a estimé que la lombosciatalgie gauche était liée au niveau L5-S1, mais que le niveau L4-L5 pouvait également participer aux symptômes puisque le récessus restait serré et occasionnait une sciatalgie L5 (rapport du 4 mai 2018).

L'IRM de la colonne lombaire du 3 juillet 2018 a mis en exergue une spondylodiscarthose modérée L2-L3 à L5-S1, compliquée d'une hernie discale L5-S1 postéro-médiane et paramédiane gauche laminant de manière partielle la portion récessale de la racine S1 gauche, et d'évolution stable par rapport au comparatif du 26 mars 2018. Le reste du bilan illustre en revanche une discrète augmentation en taille d'une protrusion discale focale L3-L4 paramédiane gauche par rapport au comparatif, susceptible de rentrer en conflit avec la portion récessale de la racine L4 gauche (rapport du 4 juillet 2018 du Dr G_____).

Suite à cet examen, le Dr F_____ a estimé que la pointe de hernie discale L5-S1 entrant clairement en conflit avec la racine S1 gauche expliquait les symptômes de sciatiques. En L4-L5, était observé un status après une décompression et un abord chirurgical avec peut-être une légère sténose, et en L3-L4, il a mentionné une

hernie discale à gauche. Le neurochirurgien proposait d'opérer la hernie discale L5-S1 gauche, ajoutant que si cette chirurgie n'améliorait pas les symptômes, ou en cas de récurrence, il faudrait alors proposer une spondylodèse aux deux niveaux L4-L5 et L5-S1 (rapport du 18 juillet 2018).

L'intervention a été réalisée le 5 octobre 2018 et l'évolution de la lombosciatalgie gauche a été jugée « très favorable » à quatre mois de l'intervention. Le Dr F_____ a relaté que le patient n'avait plus aucune douleur irradiant dans la jambe gauche, qu'il n'y avait aucun déficit neurologique des membres inférieurs et que la force était conservée et symétrique. L'intéressé se plaignait toujours de douleurs du dos, montrant surtout la partie musculaire dorsale latérale à droite. Le médecin a ajouté avoir remarqué que le patient marchait de façon très courbée en avant, et qu'il lui avait « vivement » recommandé d'essayer « absolument » de marcher le plus droit possible, et d'effectuer à nouveau du sport. Concernant la reprise du travail, il a noté qu'il avait expliqué à l'intéressé qu'il ne pouvait pas faire un arrêt de travail « pendant trois mois » après la chirurgie (rapport du 7 février 2019).

Lors de son audition par-devant la chambre de céans le 28 août 2019, l'intéressé a déclaré qu'il n'avait plus aucune douleur depuis la chirurgie, mais qu'il souffrait d'une insensibilité à la cuisse gauche et d'une rigidité dans le bas du dos.

Une nouvelle IRM de la colonne lombaire du 24 septembre 2019, motivée par l'apparition de cruralgies gauches, a permis de conclure à un status post cure chirurgicale satisfaisante de la hernie discale L5-S1 gauche, sans signe de complication objectivable, à une discopathie L3-L4 protrusive à focalisation postéro-latérale gauche sténosant le récessus latéral gauche, en très discrète régression par rapport au dernier bilan, susceptible d'être à l'origine d'une symptomatologie radiculaire L4 gauche. Les absences d'évolution des signes de spondylodiscarthrose pluri-étagée s'étendant de L2-L3 à L4-L5, de rétrécissement canalaire significatif et de sténose foraminale serrée étaient notées (rapport du 29 septembre 2019 de la Dresse J_____).

Le Dr F_____ a alors diagnostiqué une cruralgie gauche déficitaire sur une hernie discale L3-L4 gauche (rapport du 9 janvier 2020).

14.2 Eu égard à tout ce qui précède, il peut être tenu pour établi, au degré la vraisemblance prépondérante requis, que la symptomatologie présentée par le recourant dans les suites de l'accident, à savoir des lombosciatalgies, s'est amendée grâce à l'opération de la hernie L5-S1 réalisée le 5 octobre 2018. Le succès de cette intervention est d'ailleurs confirmé par le fait que l'intéressé n'a pas dû se soumettre à une spondylodèse aux deux niveaux L4-L5 et L5-S1, évoquée par le neurochirurgien en juillet 2018, et qu'il a encore déclaré à la chambre de céans, dix mois après l'opération, qu'il ne présentait plus de douleurs.

L'intimée, qui a admis un rapport de causalité naturelle entre l'accident du 6 mars 2018 et la hernie discale L5-S1 opérée en octobre 2018, était donc fondée à conclure que le statu quo avait été atteint le 6 février 2019, soit onze mois après

l'accident, étant encore rappelé la présomption jurisprudentielle 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.

14.3 Quant à l'intervention concernant le segment L3-L4, il est souligné que les premières images ont révélé des discopathies à cet étage, comme sur tous les autres segments observés de L2-L3 à L5-S1 (rapport d'IRM du 4 avril 2018 de la Dresse D_____). Cette pathologie est restée asymptomatique pendant environ dix-huit mois. Lors de son audition du mois d'août 2019, le recourant a affirmé à la chambre de céans qu'il n'avait aucune douleur, seulement une insensibilité à la cuisse gauche et une rigidité dans le bas du dos. Ces nouveaux symptômes se sont aggravés dans les semaines qui ont suivi puisque le rapport relatif à l'IRM du 24 septembre 2019 mentionne une indication en raison de cruralgies gauches (rapport du 29 septembre 2019 de la Dresse J_____). C'est à ce moment seulement qu'une chirurgie au niveau L3-L4 a été discutée pour la première fois.

Compte tenu du laps de temps écoulé entre le sinistre et la symptomatologie ayant justifié une intervention chirurgicale, l'intimée était fondée à nier un rapport de causalité entre l'accident du 6 mars 2018 et la hernie L3-L4, opérée en juillet 2020.

De surcroît, il sera rappelé que le Dr F_____ a clairement exclu tout rapport de causalité entre l'accident assuré et cette hernie discale. Il a en effet indiqué à l'intimée que le recourant présentait une « colonne dégénérative » et qu'il l'avait réopéré en juillet 2020 sur un autre niveau lombaire, pour un « problème dégénératif » et qu'il s'agissait clairement, à son avis, « d'un cas maladie et non accident » (courriel du 14 août 2020).

14.4 Enfin, les certificats d'arrêt de travail établis par le Dr H_____ se limitent à attester d'une totale incapacité de travail dès le 26 avril 2018 (certificats des 17 septembre 2020 et 17 décembre 2020). Ils ne contiennent aucune motivation susceptible de remettre en cause les considérations qui précèdent quant au statu quo.

15. Eu égard à tout ce qui précède, la décision litigieuse, par laquelle l'intimée a retenu que les troubles présentés par le recourant au-delà du 6 février 2019 n'étaient plus en rapport de causalité naturelle avec l'accident du 6 mars 2018, ne peut qu'être confirmée.

16. Partant, le recours sera rejeté.

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

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

Statuant

À 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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