

GE_GERICHTE ATAS/361/2026 vom 28. April 2026

GE Cour de justice, 2026-04-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_361_2026

FR: GE_GERICHTE ATAS/361/2026 du 28 avril 2026

IT: GE_GERICHTE ATAS/361/2026 del 28 aprile 2026

Erwägungen

E. 12

juillet 2025, produit des pièces relatives à son dossier d'assurance perte de gain, à savoir au titre de documents non encore connus par ladite chambre : - un « rapport médical intermédiaire » à l'intention de l'assurance perte de gain complété de manière manuscrite le 4 décembre 2023 par le Dr G _____, faisant état, notamment, d'une incapacité totale de travail du 28 août au 22 ou 23 (NDR : chiffre difficilement lisible) octobre 2023 pour cause d'« accident » et du 24 octobre au 12 novembre 2023 pour cause de « maladie car statu quo ante atteint » ; - un « rapport médical intermédiaire » à l'intention de la même assurance rempli de manière manuscrite le 18 décembre 2023 par le Dr C _____, mentionnant, notamment, une incapacité totale de travail dès le 10 avril 2023 ; - des décomptes et factures de l'assurance-maladie CSS en 2024 ainsi que deux quittances pour solde établies le 30 août 2024 par l'office cantonal des poursuites concernant des poursuites de la CSS. d. À la suite d'une ordonnance de la chambre des assurances sociales du

E. 14

août 2025, GENERALI lui a, le 18 août 2025, transmis une copie de son dossier complet concernant l'intéressé, que les parties ont ensuite eu la possibilité de consulter en plus de présenter des observations, dans un délai prolongé au 9 décembre 2025. Il ressort de ce dossier qui se rapporte à un « événement » (début de la maladie de longue durée) du 24 mai 2022, notamment ce qui suit : l'assuré a reçu des indemnités journalières de l'assurance perte de gain, en raison d'une incapacité totale de travail, entre le 23 juillet 2021 et le 21 février 2022, puis du 24 mai 2022 au 3 septembre 2024 ; il a eu un entretien le 31 janvier 2024 avec un collaborateur de ladite assurance, auquel il avait, notamment, confié « qu'il [commençait] à récupérer une bonne marche et il [récupérait] progressivement une musculature correcte » tout en gardant des limitations fonctionnelles ; il s'est inscrit le

E. 16

août 2024 à l'assurance-chômage en vue d'un emploi à 100%. e. Par observations du 9 décembre 2025, se référant audit dossier de l'assurance perte de gain qu'elle avait consulté, l'intimée a persisté dans ses conclusions tendant au rejet du recours. Était annexée une « appréciation médicale » complémentaire du 11 novembre 2025 de la médecin-conseil neurochirurgienne H _____. f. Par écriture du 19 janvier 2026, le recourant a sollicité un réexamen complet de son dossier, « la reconnaissance du lien de causalité », « la reprise de la prise en charge de [ses] traitements et de sa rééducation car aujourd'hui [il n'était] pas guéri », à défaut « la mise en place d'une expertise médicale indépendante, idéalement par un neurologue ou un spécialiste en médecine physique et réadaptation ». Étaient en outre produits, comme pièces nouvelles, un rapport « Long Force vs. Position - Genou Ex/FI » « Droit/Gauche » établi le 5 juillet 2023, de même qu'un

A/3735/2024 - 6/24 - document généré le 8 septembre 2023 et émanant de N_____, du centre O_____ à Genève, énonçant les prochaines consultations de physiothérapie, les 20, 25 et 28 septembre 2023 ainsi que 3, 5, 9, 12, 16 et 19 octobre 2023. g. Par pli du 20 janvier 2026, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger sur mesures d'instruction ou au fond.

EN DROIT

1.

1.1 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 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

E. 20

mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 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. 1.3 Interjeté dans la forme et le délai – de trente jours – prévus par la loi, le recours est recevable (art. 38 al. 4 56 ss LPGA et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). 2.

2.1 L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées ; ATAS/742/2021 du 6 juillet 2021 consid. 4a). En outre, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération,

A/3735/2024 - 7/24 - dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du

E. 25

juillet 2018 consid. 4.2). 2.2 Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si l'intimée est en droit ou non de refuser, consécutivement à l'accident du 11 mars 2023, la prise en charge des frais de traitement après le 13 juin 2023. Le recourant ne sollicite pas l'octroi d'indemnités journalières de l'assurance-accidents après cette date. Il est par ailleurs relevé que, dans son acte de recours, l'assuré demande la prise en charge des frais médicaux selon la LAA jusqu'au 11 mars 2024, le statu quo ante ou sine ne pouvant selon

lui pas être fixé avant un délai d'une année après l'accident, alors que, dans sa dernière écriture (du 19 janvier 2026), il semble solliciter une reprise « aujourd'hui » du remboursement de ses frais de traitement par la caisse, faute de guérison. Quoiqu'il en soit de la question de la recevabilité de telles conclusions nouvelles – qui peut demeurer indécise –, la chambre de céans, ne pouvant examiner le droit du recourant à la prise en charge de ses frais de traitement selon la LAA que jusqu'au moment du prononcé de la décision sur opposition querellée, le 8 octobre 2024, pourrait tout au plus, si elle donnait droit au maximum possible des prétentions de l'intéressé, constater une absence de statu quo jusqu'à cette date-ci et donc lui reconnaître le droit à la prise en charge de ses frais de traitement sans précision de limite de temps au-delà du 8 octobre 2024. Même dans cette hypothèse, après cette date-ci, l'intimée pourrait toujours, à tout moment, réexaminer la question du statu quo (ante ou sine) et toutes éventuelles circonstances susceptibles de mettre fin au versement des prestations de l'assurance-accidents. Un éventuel litige sur ce point ferait l'objet d'une nouvelle procédure devant la caisse puis, le cas échéant, devant la chambre des assurances sociales. Ceci serait également le cas si l'intéressé se prévalait le cas échéant d'une éventuelle rechute ou d'éventuelles séquelles tardives (cf. notamment art. 21 LAA) de l'accident du 11 mars 2023. 3.

3.1 Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance 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). En vertu de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a) ; les déboîtements d'articulations (let. b) ; les déchirures du ménisque (let. c) ; les déchirures de muscles (let. d) ;

A/3735/2024 - 8/24 - les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f) ; les lésions de ligaments (let. g) ; les lésions du tympan (let. h). 3.2 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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 3.2.1 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). 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). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 148 V 356 consid. 3 ; 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2). En présence d'une

atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 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.

3.2.2 Les prestations pour soins et les remboursements de frais (art. 10 à 14 LAA) ainsi que les indemnités journalières (art. 16 et 17 LAA) et les allocations pour impotent (art. 26 et 27 LAA) ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (art. 36 al. 1 LAA). 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

A/3735/2024 - 9/24 - 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). 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 le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références). Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au statu quo sine en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir – au degré de la vraisemblance prépondérante – l'extinction du lien de causalité avec l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ; 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1. et 4.3.2 ; 8C_473/2017 du 21 février 2018

consid. 5). 3.3 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. 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément

A/3735/2024 - 10/24 - utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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). 3.3.1 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). 3.3.2 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. Étant 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). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPG, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ;

A/3735/2024 - 11/24 - 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné

qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_691/2021 du 24 février 2022 consid. 3.4). 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 mêmes faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.6). 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 n° 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). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 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).

3.4 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

A/3735/2024 - 12/24 - 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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). 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) et 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 145 V 90 consid. 3.2 ; 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). 4.

4.1 En l'espèce, concernant les symptômes qui pourraient avoir eu un lien avec l'accident du 11 mars 2023, il sied de relever d'emblée qu'à teneur du rapport d'expertise du 24 avril 2024 du Dr J_____, l'expertisé, qui travaillait depuis plusieurs années comme bagagiste à l'aéroport de Genève, a eu des arrêts de travail avant 2022, pour des problèmes de dos et de genoux. « En mai 2022, il a eu un épisode de lombalgies vraisemblablement, mais peut-être aussi de douleurs de genoux et il a eu un arrêt de travail pour trois mois avec traitement par des anti-inflammatoires. En septembre plus ou moins, il reprend le travail dans le cadre de [l'employeur] et il est licencié sans motif pour le 31.12.2022 » (recte : 31 mars 2023), licenciement à la suite duquel l'intéressé souffre d'une dépression qui ne limite toutefois pas sa capacité de travail d'après une expertise psychiatrique (qui est mentionnée par ledit expert orthopédiste mais ne figure pas au dossier de la SUVA produit ; p. 6). Cela étant, le Dr I_____, chef de clinique auprès du service des urgences de l'Hôpital de La Tour, dans son « rapport initial LAA » complété le 8 août 2023, décrit l'accident ainsi : « chute sur maladresse avec réception sur les fesses le 12.3 (recte : 11.3) » ; il n'y a selon lui pas d'atteinte morphologique ; comme atteinte fonctionnelle est indiquée une « sensibilité palpation grand fessier », et les « Rx bassin et hanche [droite] » ne montrent pas de lésions, ce qui précède étant en lien avec ledit événement accidentel ; le diagnostic est une contusion de la hanche droite. La thérapie consiste en des antalgiques et du repos. Dans ses « rapports médicaux intermédiaires » à l'attention de la SUVA des

E. 27

juillet et 27 septembre 2023, le médecin généraliste traitant C_____ pose le

A/3735/2024 - 13/24 - diagnostic de « hernie L3-L4 luxé post chute », l'« évolution jusqu'à ce jour et état actuel (subjectif et objectif) » consiste en des « douleurs + perte de mobilité jambe droite », le patient étant suivi sous cet angle par le neurochirurgien G_____. Dans le rapport du 4 avril 2023 faisant suite à l'IRM de la colonne lombaire du même jour, le radiologue D_____ conclut à : - « lombarthrose prédominant au niveau des trois derniers segments lombaires avec canal rachidien considéré large à tous les étages. Pincement discal L3-L4 et L5-S1 avec Modic marginal gauche inflammatoire de grade I L4-L5 et Modic inflammatoire antérieur L3-L4. Déchirure de l'anneau discal fibreux postérieur aux trois derniers étages avec discopathie circonférentielle, associée en L4-L5 à une protrusion discale médiane et en L5-S1 à une protrusion discale également sous-ligamentaire paramédiane gauche » ; - « en L3-L4, protrusion discale médiane avec hernie discale paramédiane droite et fragment discal extrusif postéro-latéral droit, luxé vers le bas en rétro-corporéal L4, de signal inflammatoire en conflit sévère avec la racine L4 droite ». Dans son rapport du 6 avril 2023, mentionnant comme « indication » le « bilan d'une chute sur la fesse droite » et faisant suite à l'IRM de la hanche droite de la veille, le radiologue E_____, conclut à : - « épaulement osseux au niveau de la jonction cervico-céphalique de hanche droite associée à un remaniement kystique oedémateux sous-chondral sur le versant antérieur, qui pourra prédisposer un conflit fémoro-acétabulaire de type Came » ; - fissuration du labrum dans sa partie antéro-supérieure, sans signe de désinsertion ; - « pas de lésion osseuse ou tendineuse post-traumatique décelée ». Le 25 avril 2023, à la suite de la consultation avec bilan neurologique et électromyographique du même, le neurologue F_____, neurologue, écrit, à l'intention du médecin généraliste traitant : « Je te remercie de m'avoir adressé ce patient pour effectuer un bilan neurologique et électromyographique

dans le cadre d'une cruralgie droite déficitaire apparue dans les suites d'une chute sur les fesses le 11 mars 2023. [À la ligne] Tu as mis en évidence une amyotrophie de la cuisse droite associée à une faiblesse de la cuisse et de troubles sensitifs au niveau de la face médiale de la cuisse et du genou. Les troubles sensitifs ont disparu par la suite mais persiste l'atteinte motrice et amyotrophique. [À la ligne] [...] (NDR : plusieurs paragraphes relatifs aux constatations et appréciations ressortant des examens neurologique et électromyographique, dont le paragraphe qui suit) L'examen neurologique ne montre pas de syndrome lombaire. Le Lasègue est négatif. Il existe une nette amyotrophie sans fasciculations de la cuisse droite avec des mensurations de 51.5 cm à droite contre 57.5 cm à gauche pour un patient droitier. Il existe une nette parésie des trois chefs du quadriceps et en moindre mesure du jambier antérieur tandis que les autres muscles sont préservés. Je n'ai pas mis en évidence d'atteinte sensitive. Par contre, il existe une aréflexion rotulienne droite. Il n'y a pas de signe pyramidal. [...] En conclusion, ton patient

A/3735/2024 - 14/24 - présente cliniquement une atteinte radiculaire amyotrophique, parétique et aréflexique L4 droite. [À la ligne] L'examen électromyographique confirme l'existence d'une très importante radiculopathie lombaire L4 droite se manifestant par des réponses indirectes F nettement allongées avec la présence d'une réponse intermédiaire et surtout des signes de dénervation aiguë en quantité importante dans les muscles examinés qui en dépendent dans un contexte d'une chute avec la mise en évidence à l'IRM d'une protrusion discale médiane en L3-L4 avec hernie discale paramédiane droite et fragment discal extrusif postéro-latéral droit luxé vers le bas en rétro-corporéal L4 de signal inflammatoire en conflit sévère avec la racine L4 droite, raison pour laquelle je te propose de demander un avis neurochirurgical dans de brefs délais ». Le 5 mai 2023, à la suite de la consultation du 1er mai précédent, le neurochirurgien G _____ pose les diagnostics, principal, de hernie L3-L4 paramédiane droite luxée vers le bas et, secondaires, de discopathie dégénérative pluri-étagée avec Modic 1 en L4-L5 et en L3-L4 et de fissuration du labrum au niveau de la hanche droite. D'après l'anamnèse, l'assuré, « qui est en bonne santé habituelle et avec un travail physique au quotidien », « a souffert d'une chute mi-mars avec glissement et réception sur les fesses et depuis lors, une douleur au niveau fessier postérieur droit puis progression de la douleur au niveau de la face antérieure de la cuisse et de la jambe du même côté. Après une consultation aux urgences de La Tour et traitement conservateur, le patient ressent une installation d'une rapide parésie de la cuisse et de la jambe du côté droit avec amyotrophie conséquente, ces dernières semblent bien s'améliorer progressivement sur les dernières semaines. Les douleurs du patient ont entretemps disparu mais un certain déficit fonctionnel persiste avec un ENMG encore fortement pathologique ». À l'examen neurologique, il y a une discrète amyotrophie du quadriceps droit. Sous « synthèse et propositions », l'ENMG montre des signes de dénervation aiguë mais l'examen clinique et l'absence de douleurs sont plutôt rassurants, et il est à noter que l'intéressé « a pu récupérer quasi complètement sa force de la cuisse droite même s'il persiste une fatigabilité rapide de celle-ci lorsqu'il tente de marcher plus rapidement ou qu'il essaie de faire du sport ». Figurent au dossier de l'intimée une « première » prescription de physiothérapie du 17 mars 2023 émanant de l'Hôpital de La Tour en raison du diagnostic de « trauma/hanche droite sans fracture », pour cause d'accident. Le Dr G _____ établit le 22 juin 2023 une « deuxième » prescription de physiothérapie également pour la hanche droite et pour cause d'accident. En parallèle, ce neurochirurgien remplit le 1er mai 2023 d'une part une « première » prescription de physiothérapie pour un « programme rachis pour lombocruralgie droite déficitaire depuis 6 semaines mais en récupération – objectif de travail de

récupération fonctionnelle du psoas et quadriceps droits, équilibre, regain de lordose, étirements », deux fois par semaine, pour cause d'accident, d'autre part une prescription d'un appareil

A/3735/2024 - 15/24 - d'électrostimulation Compex pour les diagnostics de « muscle dénervé » et « lésion L4 [droite] ». Dans une « appréciation brève » du 17 juillet 2023, la neurochirurgienne H_____, médecin-conseil de la caisse, retient une « contusion lombaire sans lésion structurelle selon l'IRM et confirmation de lésions dégénératives selon rapport du Dr G_____ », admet la justification de la prescription d'un appareil COMPEX par ledit neurochirurgien et considère que la problématique est « de raison malade à 3 mois post événement ». Dans son « appréciation médicale » – motivée – du 6 octobre 2023, ladite médecin-conseil H_____, sur la base du dossier médical, conclut que l'événement « initial » – accidentel – du 11 mars 2023 a fini de déployer ses effets au plus tard trois mois après le traumatisme. En effet, l'IRM lombo-sacrée réalisée le 4 avril 2023 exclut des lésions structurelles liées audit événement mais met en évidence de multiples troubles dégénératifs (détaillés par le radiologue D_____). Il n'y a pas de lésion typique traumatique comme un œdème osseux, un hématome, une fracture ou une luxation facettaire, ni « non plus d'altération de signal à la séquence T2 STIR au niveau musculaire à la suite d'un status post-contusion lombaire ». De plus, « les douleurs relatives à la contusion musculaire après la chute ne sont pas expliquées à trois mois post-événement ». Enfin, « les lésions neurologiques décrites sont probablement liées à la hernie discale L3-L4 droite et non à l'événement initial au degré de vraisemblance prépondérante. En effet, la hernie a probablement induit un manque de mobilité, provoquant ainsi l'amyotrophie aussi importante ». Selon les réponses aux questions de la caisse, la santé de l'assuré, au niveau de la région corporelle affectée par l'accident, était déjà, au degré de la vraisemblance prépondérante, altérée avant cet événement, sous forme de « troubles dégénératifs importants et multiples, détaillés dans le rapport médical du Dr D_____ et dans cette appréciation », et l'accident n'a pas causé d'autres lésions structurelles pouvant être objectivées. Au plus tard trois mois après l'accident, les suites de l'accident ne jouaient plus aucun rôle au degré de la vraisemblance prépondérante ; « en théorie déjà lors de l'IRM lombo-sacrée du 04.04.2023, excluant des lésions structurelles liées au traumatisme initial. [À la ligne] L'amyotrophie, voire le déficit moteur, relevée par le Dr G_____ ne peut pas être expliquée par l'événement initial avec un degré de vraisemblance prépondérante, car celle-ci était déjà présente lors du premier bilan neurologique effectué trois semaines après la chute », ce vu cet intervalle très bref. Dans son rapport du 25 octobre 2023 – en réponse implicite vraisemblablement à l'appréciation de la médecin-conseil de la caisse précitée –, le Dr G_____ réitère son anamnèse et ses constatations du 5 mai 2023, mais, sous « synthèse et propositions », il note : « Malgré la disparition des douleurs et le travail physio et Compex de longue durée il persiste une fatigabilité rapide de la cuisse et jambe droites lorsqu'il tente de marcher plus rapidement ou qu'il essaie de faire du sport.

A/3735/2024 - 16/24 - L'ENMG montre des signes de dénervation aiguë. Il reste donc un handicap pour son travail habituel, avec une restriction du port de charges à 10 kg et une fatigue pour la station debout prolongée. [À la ligne] Les symptômes ont par ailleurs un lien temporel clair avec son accident et un rapport de causalité certain. Une preuve de changement dégénératif précédent sur le niveau en question n'existe pas à ma connaissance et il est aussi bien visible sur l'IRM diagnostique une déchirure annulaire à l'origine de la hernie » (sic). Dans son « appréciation brève » du 30 décembre 2023, la médecin-conseil

H_____ considère que ce rapport du Dr G_____ du 25 octobre 2023 n'est pas de nature à modifier ses conclusions du 6 octobre 2023, avec la précision « événement 11.03.23, ENMG qui constate amyotrophie etc Dr F_____ seulement 3 [semaines] après et selon l'IRM lombaire absence de lésions typiques traumatiques ». Elle demande en outre à la caisse de vérifier si d'autres bilans auraient entretemps été effectués. Dans son avis du 20 août 2024 – rendu dans le cadre de la procédure d'opposition formée contre la décision de la SUVA qui a mis fin aux prestations d'assurance au 13 juin 2023 –, le radiologue M_____, répond aux questions que la Dre H_____ lui a posées le 9 avril 2024 (« demande de consilium neuroradiologique », à la suite d'une demande du 21 février 2024 de l'intimée d'expliquer de manière plus claire et détaillée sa position par rapport à l'avis du Dr G_____ du 25 octobre 2023). Il est, selon lui, difficile de répondre à la question de savoir s'il a des critères pour une hernie discale traumatique. « Il y a clairement des remaniements dégénératifs préexistants de la colonne lombaire incluant par exemple une ostéochondrose intervertébrale modérée à avancée au niveau L5-S1. Au niveau L3-L4, il y a une hernie discale avec composante de séquestre discal mitigé vers le bas. Il y a des remaniements dégénératifs préexistants à ce niveau. Dans quelle mesure par exemple ce séquestre discal est préexistant d'origine dégénératif versus partiellement préexistant et partiellement aggravé par le traumatisme récent ne peut pas être déterminé avec certitude sur la base de l'imagerie à disposition ». Sur l'IRM lombo-sacrée du 4 avril 2023, il y a clairement des remaniements dégénératifs étagés préexistants de la colonne lombaire. À la question « Pouvez-vous objectiver des signes frais comme un hématome ou d'autres anomalies, sachant que l'assuré présente une amyotrophie de la cuisse droite (mesurations susmentionnées) diagnostiquées par le Dr F_____ ? », est répondu : « Comme déjà décrit, absence de lésion post-traumatique directe clairement décelable comme par exemple hématome paravertébral ou tassement/fracture ». Entretemps, dans son rapport d'expertise du 24 avril 2024, qui fait suite à un examen clinique du 22 mars 2024 – et qui ne semble pas avoir été porté à la connaissance des Drs H_____ et M_____ –, le chirurgien orthopédiste J_____ relève « à l'anamnèse systématique », notamment : « Au niveau du rachis, l'expertisé avait des douleurs globales du dos dues aux efforts de travail. Suite à

A/3735/2024 - 17/24 - cette chute de mars 2023, il a une douleur de chevilles qui est apparue immédiatement, la douleur du dos est apparue de manière progressive en environ une semaine. L'amyotrophie s'est manifestée au niveau du quadriceps et de la cuisse droite en moins d'une semaine. Avant son accident, il ne déclare aucune faiblesse du membre inférieur droit. Les douleurs du dos sont secondaires aux mouvements. Le dernier épisode de douleurs est apparu une semaine avant l'expertise » (p. 7). Dans le « rappel de l'histoire médicale » est entre autres noté : « Actuellement les plaintes sont surtout une faiblesse du membre inférieur droit, au niveau du triceps, avec des crampes, avec des chutes, la dernière il y a un mois. Il y a également des plaintes au niveau lombaire avec des douleurs lorsqu'il fait des gestes penchés en avant ou porte des charges de plus de 10 kg. Ce sont des douleurs sans irradiation. Il a également des douleurs au niveau des genoux des deux côtés, plus à gauche qu'à droite, des douleurs au niveau des chevilles lors de la montée des escaliers. Il y a également des gênes cervicales, surtout le matin » (p. 13). les diagnostics sont : - spondylarthrose lombaire avec discopathies étagées L1-S1, L3-L4 avec hernie rétromarginale latéralisée à droite, L4-L5 et L5-S1 ; - séquelle de radiculopathie L4 droite avec perte de force en voie de récupération au niveau du quadriceps droit ; - status après lésion traumatique du croisé antérieur gauche et du ménisque interne gauche ; - troubles morphologiques cervico-céphaliques des hanches avec épaulement supérieur et arthrose

débutante au niveau du bord acétabulaire antéro-latéral à droite (p. 16). Sous « situation actuelle est conclusions », « [l'assuré] est actuellement âgé de 45 ans. Le bilan clinique, l'anamnèse et l'analyse des images et des autres examens réalisés ne révèlent aucune séquelle traumatique de la glissade du 11.03.2023. Cet expertisé, en revanche, présente des atteintes dégénératives au niveau du rachis avec principalement une hernie discale L3-L4 qui a provoqué une amyotrophie de la cuisse droite, avec une bonne récupération entre 2023 et 2024. On note aussi des atteintes dégénératives lombaires étagées en L1-L2, L4-L5 et L5-S1. L'expertisé présente également une séquelle de lésion ligamentaire et méniscale au niveau du genou gauche, mais qui n'est pas invalidante. Le bilan radiologique présente également une atteinte très discrète de la hanche droite, due à une atteinte morphologique de la jonction cervico-céphalique, qui n'a pas de traduction fonctionnelle ou invalidante. On constate que du fait de l'évolution favorable depuis l'événement de mars 2023 et qui a permis de mettre en évidence l'amyotrophie de la cuisse droite et la hernie discale, l'évolution a été dans le bon sens et que si l'expertisé ne peut plus reprendre un travail lourd de chargement de bagages sur la piste de l'aéroport, il a une capacité de travail complète dans une activité légère, sans port de charge, sans nécessité de monter sur des échelles et limitant les gestes répétés de flexion et de rotation du tronc » (p. 15). Sous « Pronostic de guérison ? », « l'évolution est favorable compte tenu de la comparaison de l'examen neurologique fait par le Dr F_____ en avril 2023 et l'examen au moment de l'expertise. On a donc une évolution favorable de la lésion neurologique, en revanche, les lésions dégénératives au niveau du rachis

A/3735/2024 - 18/24 - sont permanentes, de même que les lésions du genou à gauche qui ne sont pas invalidantes ainsi que des hanches » (p. 16). « Une activité sédentaire ou associant position assise et position debout, sans port de charges en excès de 10 kg, sans exigence de monter des escaliers et de mouvements répétés du tronc en flexion/rotation est possible à un taux d'activité de 100% » (p. 17). 4.2 En cas de lombalgies et lombosciatalgies, la jurisprudence admet qu'un accident a pu décompenser des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, auparavant asymptomatiques. En l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, elle considère toutefois que selon l'expérience médicale, le statu quo sine est atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année. Il n'en va différemment que si l'accident a entraîné une péjoration déterminante, laquelle doit être établie par des moyens radiologiques et se distinguer d'une évolution ordinaire liée à l'âge (arrêts du Tribunal fédéral 8C_315/2023 du 9 janvier 2014 consid. 6.1 et les références ; 8C_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 et les références). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_256/2023 du 25 janvier 2024 consid. 3 et les références). 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 ; 8C_467/2007 du

A/3735/2024 - 19/24 - 25 octobre 2007 consid. 3.1 ; voir également U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêts du Tribunal fédéral U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 ; U 60/02 du 18 septembre 2002). Au titre d'exemples casuistiques, le lien de causalité naturelle entre un accident et une hernie a notamment été nié dans les cas suivants : lorsqu'un assuré est tombé de sa hauteur, une telle chute ne représentant pas un événement à haute énergie, quand bien même le marteau-piqueur qu'il tenait dans ses mains est tombé sur sa poitrine (arrêt du Tribunal fédéral 8C_256/2023 du 25 janvier 2024 consid. 5.2) ; une chute dans un escalier n'est pas la cause d'une hernie discale, lorsque l'assuré souffrait déjà d'une discopathie avant l'accident et que celle-ci a été aggravée de 15% environ par la chute, dès lors que l'accident ne peut être qualifié d'événement sans lequel le dommage ne se serait pas produit (RAMA 1986 n. K 703 p. 473 et ss consid. 2b) ; lorsque l'assuré souffrait depuis plusieurs années d'une modification dégénérative du tissu conjonctif de l'anneau extérieur du disque intervertébral et qu'il est pratiquement sûr que la hernie discale puisse être attribuée à ce dommage du disque intervertébral (RAMA 1990 n. K 849 p. 325).

4.3 Dans le cas présent, il ressort en substance des rapports médicaux susmentionnés que l'atteinte principale qui serait pertinente comme conséquence de l'accident du 11 mars 2023, outre la lésion à la hanche droite – qui apparaît avoir perdu rapidement un caractère incapacitant et dont l'intéressé ne se prévaut pas dans son recours –, est l'amyotrophie du quadriceps droit (un muscle de la cuisse), et que cette amyotrophie découle, en tant que dénervation, de la radiculopathie lombaire L4 en lien avec la hernie discale. Cela ressort notamment des rapports du 25 avril 2023 du Dr F_____, du 5 mai 2023 du Dr G_____ et du 27 septembre 2023 du médecin généraliste traitant C_____ (lequel indique que le problème consiste concrètement en des douleurs et une perte de mobilité à la jambe droite). La médecin-conseil et spécialiste en neurochirurgie H_____, lorsqu'elle émet son « appréciation brève » du 17 juillet 2023 puis son « appréciation médicale » du 6 octobre 2023 (confirmée le 30 décembre 2023), admet quant à elle, à tout le moins implicitement, que l'amyotrophie du quadriceps droit, conséquence de la radiculopathie lombaire L4 et de la hernie discale, fait partie au moins partiellement des effets du traumatisme du 11 mars 2023 dont le lien de causalité avec celui-ci a perduré selon elle jusqu'à trois mois au plus tard après ledit événement, donc jusqu'au 11/13 juin 2023.

A/3735/2024 - 20/24 - C'est dès lors de manière contradictoire qu'elle considère, également le 6 octobre 2023, que ledit accident ne peut pas expliquer, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'amyotrophie, voire le déficit moteur relevés par le Dr G_____, alors qu'elle vient d'écrire dans le paragraphe précédent que « les douleurs relatives à la contusion musculaire après la chute ne sont plus expliquées à trois mois post-événement ». Sur ce point, les douleurs relatives à la contusion musculaire n'apparaissent pas séparables de l'amyotrophie du quadriceps droit, comme ceci ressort notamment du rapport du 5 mai 2023 du neurochirurgien G_____, qui note que ces douleurs ont déjà disparu à cette date-ci. Dans son « appréciation brève » du 30 décembre 2023, ladite médecin-conseil H_____ considère que ce rapport du Dr G_____ du 25 octobre 2023 n'est pas de nature à modifier ses conclusions du 6 octobre 2023, pour les mêmes motifs que ceux énoncés à cette dernière date, et elle demande en outre à la caisse de vérifier si d'autres bilans auraient entretemps été effectués. Elle ne répond ensuite pas à la demande formulée le 21 février 2024 d'expliquer de manière plus claire et détaillée sa position par rapport à l'avis du Dr G_____ du 25 octobre 2023, mais elle pose des questions autour de cette problématique au Dr M_____. Selon les réponses du 20 août 2024 de ce radiologue en référence à l'IRM lombaire du 4 avril 2023, il y a, au niveau L3-L4, une hernie discale avec composante de séquestre discal mitigé vers le bas ainsi que des remaniements étagés dégénératifs à la colonne lombaire préexistants à la chute du 11 mars 2023, et on ne peut pas déceler clairement une lésion post-traumatique directe, mais le Dr M_____ réserve expressément aussi la possibilité que le séquestre discal (lié à la hernie discale) ait été partiellement préexistant audit traumatisme et partiellement aggravé par ce dernier.

4.4 La question centrale est donc de déterminer quel est le lien de ladite hernie discale avec l'accident du 11 mars 2023, y compris sur la durée.

4.4.1 Tout d'abord, 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 ; 122 III 219 consid. 3c), une telle manière de procéder ne violant pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. RS 101 ; 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 ; 122 V 157 consid. 1d). En l'occurrence, les effets de l'accident du 11 mars 2023 ayant en tout état cause cessé le 11 mars 2024, selon ce que le recourant a admis lui-même dans un premier temps (dans son acte de recours) à tout le moins, d'éventuels examens

A/3735/2024 - 21/24 - cliniques complémentaires ne pourraient concrètement rien apporter, et les images du 4 avril 2023 ont déjà été commentées par plusieurs médecins spécialistes. Au demeurant, il sied de déduire du rapport d'expertise du chirurgien orthopédiste J_____ du 24 avril 2024, qui repose notamment un examen clinique du 22 mars 2024 et une anamnèse, que l'intéressé avait des douleurs au dos déjà avant et dès le mois de mai 2022 et que l'amyotrophie n'est plus mentionnée dans le tableau des plaintes actuelles, la faiblesse du membre inférieur droit étant désormais « au niveau du triceps, avec des crampes, avec des chutes, la dernière il y a un mois ». Or le triceps (muscle triceps sural) n'est pas lié au quadriceps mais se trouve plus bas que ce dernier et que le genou, à l'arrière du mollet.

4.4.2 Cela étant, il faut retenir que la hernie discale n'a pas été provoquée par l'accident du 11 mars 2023, mais seulement, de manière temporaire, aggravée par celui-ci (« aggravation

traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale », selon la jurisprudence), le lien de causalité étant partiel. Cette conclusion, d'une part, découle de la position de la médecin-conseil H_____ elle-même, puisqu'elle a admis la responsabilité de l'assurance- accidents pour les conséquences de la hernie discale durant les trois mois qui ont suivi ledit événement, de même que des avis des Drs F_____ et G_____, le Dr M_____ n'excluant quant à lui pas la possibilité d'un lien de causalité seulement partiel. L'expert J_____ semble quant à lui apparemment considérer que la hernie discale serait uniquement d'origine dégénérative, mais cette appréciation n'est en tout état de cause pas motivée et ne constitue pas un point sur lequel il devait se prononcer (vu les questions posées par l'assurance perte de gain). Ladite conclusion, d'autre part, est en adéquation avec la jurisprudence rappelée au consid. 4.2 ci-dessus. En effet, à teneur de celle-ci, en cas de lombalgies et lombosciatalgies, la jurisprudence admet qu'un accident a pu décompenser des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, auparavant asymptomatiques ; en outre, 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 – ce qui n'est pas le cas ici –, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte ; 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. Au demeurant, l'argument de la médecin-conseil selon lequel « l'amyotrophie, voire le déficit moteur, relevée par le Dr G_____ ne peut pas être expliquée par l'événement initial avec un degré de vraisemblance prépondérante, car celle-ci

A/3735/2024 - 22/24 - était déjà présente lors du premier bilan neurologique effectué trois semaines après la chute », vu cet intervalle très bref, n'est pas convaincant. En effet, s'il est exact que la hernie discale existait déjà avant la chute du 11 mars 2023, il n'en demeure pas moins que celle-ci l'a aggravée et a ainsi péjoré l'amyotrophie, quand bien même cette dernière serait survenue même sans l'événement accidentel, mais vraisemblablement pas aussi tôt et avec une telle intensité passagère. De surcroît, selon ce que rapporte l'expert J_____, l'assuré ne déclare aucune faiblesse du membre inférieur droit avant son accident, ce qui n'est pas contesté par la caisse. 4.4.3 Au regard des circonstances particulières du présent cas et conformément à la jurisprudence, la SUVA doit prendre en charge l'atteinte liée à l'événement accidentel, à savoir l'amyotrophie du quadriceps droit, mais pour une durée limitée. À teneur du rapport du 25 octobre 2023 du neurochirurgien G_____, « malgré la disparition des douleurs et le travail physio et Compex de longue durée, il persiste une fatigabilité rapide de la cuisse et jambe droites lorsqu'il tente de marcher plus rapidement ou qu'il essaie de faire du sport. L'ENMG montre des signes de dénervation aiguë. Il reste donc un handicap pour son travail habituel, avec une restriction du port de charges à 10 kg et une fatigue pour la station debout prolongée ». Selon ce médecin spécialiste, « les symptômes ont par ailleurs un lien temporel clair avec son accident et un rapport de causalité certain. Une preuve de changement dégénératif précédent sur le niveau en question n'existe pas à ma connaissance et il est aussi bien visible sur l'IRM diagnostique une déchirure annulaire à l'origine de la hernie » (sic). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe

en principe à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références), et il appartient à celui-ci d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références). Ni la médecin-conseil ni l'intimée ne remettent en cause de manière précise et circonstanciée la valeur probante des constatations et appréciations formulées par le Dr G_____ dans ce rapport, et elles n'établissent pas non plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les causes accidentelles de l'atteinte à la santé en cause ne jouaient plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel, au 25 octobre 2023. Toutefois, l'appréciation concernant le rapport de causalité avec l'accident formulée le 25 octobre 2023 par ledit neurochirurgien repose en très grande partie sur le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la

A/3735/2024 - 23/24 - survenance d'un accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »), ce qui ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident selon la jurisprudence citée plus haut. En outre, ce raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » du Dr G_____ est contredit par son propre « rapport médical intermédiaire » à l'intention de l'assurance perte de gain complété de manière manuscrite le 4 décembre 2023, dans lequel il fait état d'une incapacité totale de travail du 28 août au 22 ou 23 octobre 2023 pour cause d'« accident » et du 24 octobre au 12 novembre 2023 pour cause de « maladie car statu quo ante atteint ». Ainsi, compte tenu des circonstances particulières et conformément à la présomption jurisprudentielle précitée – 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 –, l'aggravation traumatique des effets de la hernie préexistante, avec amyotrophie du quadriceps droit, doit être considérée comme étant terminée au 24 octobre 2023, soit environ sept mois et demi après l'accident en cause. 5. Vu ce qui précède, le recours est admis partiellement, et la décision sur opposition querellée est réformée – concernant la période qui suit le 13 juin 2023 – en ce sens uniquement que le recourant a droit au remboursement des frais de traitement médical (y compris la physiothérapie) en lien avec la hernie discale et la jambe droite jusqu'au 23 octobre 2023 au plus tard. 6. Le recourant, qui obtient partiellement gain de cause, n'est pas représenté par un mandataire et n'a pas allégué des frais particulièrement importants pour défendre ses droits dans le cadre de la présente procédure, de sorte qu'aucune indemnité ne lui sera accordée à titre de participation à des 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. fbis LPGA a contrario).

A/3735/2024 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.