

GE_GERICHTE A/3271/2012 vom 9. April 2013

GE Cour de justice, 2013-04-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3271_2012

FR: GE_GERICHTE A/3271/2012 du 9 avril 2013

IT: GE_GERICHTE A/3271/2012 del 9 aprile 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 09.04.2013
A/3271/2012

A/3271/2012 ATAS/325/2013 du 09.04.2013 (LAA) , REJETE Recours TF déposé le 21.05.2013, rendu le 11.03.2014, REJETE, 8C_373/2013 , E 0936/12 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3271/2012 ATAS/325/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 9 avril 2013 1 ère Chambre En la cause Monsieur D_____, domicilié à SORAL, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MUNOZ Charles recourant contre SUVA, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître DERIVAZ Olivier intimée EN FAIT 1. Monsieur D_____, né en 1974, directeur de l'entreprise X_____ à Satigny, est assuré auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA) contre les suites d'accident. L'assuré a été victime d'un accident le 17 décembre 2010. Il a trébuché, alors qu'il reculait en voulant déplacer une rampe de chargement d'environ 30 à 40 kilos. Il a déclaré l'accident le 11 février 2011. 2. Le 12 février 2011, le Docteur L_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a procédé en urgence à une discotomie microchirurgicale L5-S1 gauche. Le 21 mars 2011, il indique que l'évolution de l'état de santé est favorable, avec amélioration de la symptomatologie sciatalgique. L'assuré a repris son travail à mi-temps le 2 mai 2011 et à plein temps le 6 juin 2011. Le 31 mai 2011, le Dr L_____ relève : "bonne évolution, douleur lombaire persiste encore". Le 23 juin 2011, le Dr L_____ a rappelé le diagnostic de hernie discale L5-S1 gauche post traumatique, luxée, et déclare que l'évolution est "bonne pour douleur radiculaire - lombalgies L4-L5" A la question de savoir s'il faut s'attendre à ce qu'un dommage demeure, le médecin répond par l'affirmative, précisant : "éventuellement douleurs lombaires chroniques". Selon lui, aucun facteur étranger à l'accident n'entre en ligne de compte dans le processus de guérison. 3. Une IRM lombaire a été réalisée le 28 juin 2011 à la Clinique générale Beaulieu par le Dr M_____, radiologue FMH, en raison de lombalgies récidivantes. Il a été constaté des "discopathies dégénératives au niveau de L4-L5, avec discrète saillie discale focale foraminale à l'origine d'un minime rétrécissement canalaire. Discopathie plus marquée en L5-S1 avec persistance d'un minime bombement discal global plutôt médian et postéro-latéral gauche ; cette discrète saillie discale s'accompagne d'une discrète fissure annulaire en postéro-latérale gauche. On constate un discret rehaussement linéaire de l'espace épidual antéro-latéral gauche tout le long du mur postérieur de L5 du disque L5-S1 au L4-L5. De même, discret rehaussement du trajet de laminectomie gauche en L5-S1. Néanmoins pas d'épaississement épidual pouvant témoigner de fibrose. Pas d'anomalie organique associée notamment au niveau sacro-iliaque au niveau des deux reins." 4. Le 20 septembre 2011, le Dr L_____, faisant état d'une évolution "extra sauf lombalgies

invalidantes", a proposé une deuxième intervention, soit une spondylodèse L4-L5-S1 avec neuronavigation.![endif]>![if> 5. Invité à se déterminer, le Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, rattaché à la division médecine des assurances de la SUVA, a proposé au service médical de la SUVA le 10 novembre 2011 d'élucider la question du lien de causalité naturelle entre les troubles lombaires persistants de l'assuré et l'accident du 17 décembre 2010. Le Dr N_____ a en effet observé que![endif]>![if> "Ce qui caractérise ce dossier avant tout est l'absence complète, pour les deux accidents, de prise de position médicale de la part du service médical de la Suva, alors même qu'on ne peut pas qualifier ce cas de banal, si l'on se réfère au fait qu'il était clairement signalé, au moment du premier accident, un status après intervention de hernie discale avec suspicion de récurrence. En reprenant les éléments du dossier, on est donc face à un assuré ayant été opéré fin 2007 (recte 2006) d'une hernie discale L4-L5. L'assuré déclare que la symptomatologie serait apparue au décours d'un accident de quad, survenu au printemps 2007 (recte 2006). Pour cet accident qui ne concerne pas la SUVA, même le peu d'éléments fournis nous permet d'affirmer sans arrière-pensée que la hernie L4- L5 opérée fin 2007 (recte 2006) n'était certainement pas due au traumatisme référé et qu'il s'agissait d'un problème purement dégénératif. L'assuré déclare ensuite un accident le 17 avril 2009, consistant en une chute d'un escabeau avec, selon le certificat médical initial, un mouvement de torsion secondaire du dos. Une IRM ne met en évidence aucune lésion d'origine traumatique. Le 17 décembre 2010, l'assuré réfère un deuxième accident, expliquant d'abord qu'il s'est fait mal au dos en déplaçant une rampe puis, plus tard, qu'il était tombé en arrière sur le fondement lors du déplacement de cette rampe. On se souviendra au passage que ces déclarations relatives à l'accident du 17 décembre 2008 (recte 2010) sont à peine antérieures (11 février 2009) (recte 2011) ou postérieures à l'intervention de discectomie L5-S1 effectuée le 12 février 2011. À cela on ajoutera que dans les données anamnestiques des deux rapports IRM, jamais n'est spécifiée la présence d'un élément traumatique, élément qui devrait avant tout engager à chercher des lésions de type fracturaire plutôt que des lésions discales, typiquement dégénératives. Finalement, on spécifiera que, quelle que soit la version des faits reportée quant aux circonstances accidentelles, il n'a jamais été fait mention d'un traumatisme direct de la colonne lombaire et que les traumatismes indirects éventuellement subis au niveau de ce segment rachidien (mouvement de torsion pour le premier accident, choc axial mineur à modéré pour le second) apparaissent de peu d'importance." 6. Le Dr O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à l'analyse demandée le 28 novembre 2011. Selon lui, "il paraît difficile de retenir au degré de la probabilité, une relation de causalité entre ledit événement et une aggravation durable des discopathies préexistantes. L'événement a certes pu jouer un rôle révélateur d'une évolution défavorable de l'état antérieur ; il ne jouait cependant vraisemblablement plus de rôle lors de l'intervention chirurgicale du 14 février 2011" (recte 12 février 2011).![endif]>![if> 7. Par décision du 5 décembre 2011, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme au paiement des soins médicaux avec effet au 6 juin 2011, soit à la date de la reprise du travail à 100%, au motif que les troubles lombaires dont il souffrait encore n'étaient plus dus à l'accident du 17 décembre 2010. Elle a renoncé toutefois à lui réclamer le remboursement des frais en relation avec le traitement dispensé au-delà du 6 juin 2011.![endif]>![if> 8. Par courrier du 13 décembre 2011, l'assuré a formé opposition. Il a complété son courrier le 20 mars 2012.![endif]>![if> Il relève, à la forme, que la décision litigieuse n'est pas valablement signée, et n'est pas motivée, de sorte qu'elle doit être annulée purement et simplement. Il

conteste toute valeur probante à l'appréciation du Dr O_____. Il constate que la SUVA n'a pas nié le caractère accidentel de la chute qu'il a faite le 17 décembre 2010 et déclare que cette chute a déclenché un syndrome radiculaire ou lombo-vertébral qui a abouti à l'intervention chirurgicale du 12 février 2011, puis à un état chronique de lombalgies invalidantes. Il considère que la chute a aggravé un état maladif préexistant au sens de l'art. 36 al. 1 LAA, et qu'au moment où la SUVA a cessé d'allouer ses prestations, le statu quo sine vel ante n'était pas rétabli (ATF U 266/99 du 14 mars 2000). S'agissant de la causalité adéquate, il rappelle qu'en matière de troubles physiques, celle-ci se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 291 consid. 3a ; 117 V 364 consid. 5d/bb). 9. La SUVA avait demandé à l'assuré les coordonnées de son assurance-maladie, afin de notifier à celle-ci sa décision du 5 décembre 2011. Un rappel lui avait été adressé le 27 février 2012. Le 10 mai 2012, la SUVA a été en mesure de transmettre à SWISS LIFE ASSURANCES une copie de la décision du 5 décembre 2011. La caisse-maladie n'a pas contesté ladite décision. 10. Le 23 mars 2012, la Clinique générale de Beaulieu a établi des clichés fonctionnels de la colonne lombaire et constate la présence d'une discopathie L5-S1 essentiellement associée à un certain degré d'arthrose interapophysaire postérieure de L3 à S1. 11. Le Dr N_____ a établi un nouveau rapport le 14 septembre 2012. Il explique avoir relu son appréciation du 10 novembre 2011 et constaté qu'il avait commis des imprécisions dans l'anamnèse et des erreurs de date grossières dans la discussion. Il a dès lors établi une nouvelle version de cette précédente appréciation. Dans ce second avis, il s'est penché sur les conséquences somatiques (structurelles) des deux accidents dont a été victime l'assuré, le 17 avril 2009, d'une part, et le 17 décembre 2010, d'autre part. Le Dr N_____ a finalement retenu que "L'accident subi par l'assuré le 17 avril 2009 n'a pas entraîné de lésions structurelles durables au niveau de sa colonne lombaire mais s'est soldé par un simple traumatisme distorsif et/ou contusif dont les effets avaient cessé le 28 mai 2009. L'accident subi le 17 décembre 2010 n'a pas, selon les critères de vraisemblance prépondérante, entraîné de décompensation structurelle des discopathies déjà connues chez l'assuré aux niveaux L4-L5 et L5-S1. En revanche, on retiendra que l'assuré a vraisemblablement présenté, en conséquence de cet accident, une décompensation symptomatique d'une hernie discale préexistante en L5-S1. La décision de la Suva de prendre en charge l'intervention de discectomie du 12 février 2011 puis de définir un statu quo sine au 6 juin 2011 était ainsi adéquate d'un point de vue médico-asséculo-logique." 12. Par décision du 28 septembre 2012, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle rappelle que l'assuré souffrait déjà d'une hernie discale ancienne L4-L5 opérée en 2006, et décompensée par une chute le 17 avril 2009. Elle mentionne les conclusions du Dr O_____ du 28 novembre 2011, selon lequel les effets délétères de l'événement du 17 décembre 2010 étaient définitivement éteints à la reprise du travail à plein temps le 6 juin 2011. Elle précise enfin avoir soumis le dossier au Dr N_____, lequel considère que l'état de fait évoque plutôt une décompensation symptomatique d'une hernie discale traumatique préexistante en présence d'un syndrome douloureux fluctuant, mais persistant. Ainsi, dès lors que seule la question d'une décompensation symptomatique d'un état dégénératif antérieur, sans modification structurelle, se pose, le Dr N_____ en conclut que les effets de l'accident du 17 décembre 2010 étaient limités dans le temps. Selon le Dr N_____, compte tenu de l'évolution post opératoire satisfaisante avec reprise totale de l'activité professionnelle, la définition d'un statu quo sine quatre mois après l'intervention et six mois après l'accident en cause, est adéquate. La SUVA se réfère plus particulièrement à un arrêt du TF

rendu le 3 novembre 2008, aux termes duquel si l'hernie discale n'a pas été causée par l'accident, mais a uniquement été activée, déclenchée par ce dernier, il peut être mis fin au versement des prestations même après l'intervention chirurgicale prescrite dans le cadre du traitement de la symptomatologie post accidentelle (arrêt du TF 8C 412/2008 du 3 novembre 2008) Aussi la SUVA considère-t-elle que sa responsabilité pour les troubles lombaires de l'assuré n'est plus engagée après le 6 juin 2011 (statu quo sine atteint). Elle en conclut que la nouvelle intervention chirurgicale proposée n'est pas de son ressort, tout comme l'incapacité de travail partielle attestée médicalement dans le cadre de la procédure en suspens. 13. L'assuré, représenté par Me Charles MUNOZ, a interjeté recours le 31 octobre 2012 contre ladite décision sur opposition. Il conteste l'existence de troubles dégénératifs antérieurs, précisant qu'il a certes été incapable de travailler à 100% du 18 avril au 4 mai 2009, puis à 50% du 5 au 11 mai 2009, à la suite d'un accident survenu le 16 avril 2009, mais qu'il n'en a gardé aucune séquelle. A cet égard, le Dr P_____ a confirmé le 31 janvier 2011, le status après cure de l'hernie discale en L4-L5 sans signe de récurrence à ce niveau. L'assuré relève que la SUVA a pris en charge l'intervention en mars 2011, reconnaissant ainsi que l'événement du 17 décembre 2010 revêtait le caractère accidentel au sens de la LAA. Ce n'est que lorsque le Dr L_____, en septembre 2011, a proposé une nouvelle opération, que la SUVA a demandé l'avis du Dr N_____, puis du Dr O_____. L'assuré se réfère au rapport du Dr L_____ daté du 20 septembre 2011, lequel a indiqué qu'aucun facteur étranger à l'accident n'entrait en considération dans le processus de guérison. L'avis de ce médecin, qui l'a examiné et opéré, est nécessairement plus pertinent que celui des médecins de la SUVA qui ne l'ont pas vu, ce d'autant plus que ceux-ci n'ont été invités à se déterminer qu'en automne 2011. L'assuré conteste ainsi la valeur probante des avis des Drs N_____ et O_____. L'assuré ne comprend pas que la jurisprudence du TF citée par la SUVA puisse s'appliquer dans son cas, puisque précisément, le contrôle clinique réalisé et les indications médicales qui en ont découlé, ont permis au Dr L_____ de parvenir à une conclusion inverse à celle des Drs N_____ et O_____. Il rappelle que le premier rapport du Dr N_____ contenait d'importantes erreurs, au point que celui-ci a dû établir deux nouvelles appréciations médicales successives. Au surplus, dans son avis du 30 août 2012, ce médecin relève que son cas «n'est pas banal». L'assuré s'étonne par ailleurs de ce que dans un premier temps, le Dr N_____ suggère que le dossier soit réadressé au service médical de la SUVA pour analyse du lien de causalité, pour dans un second temps - deux semaines plus tard - y procéder lui-même, sur la base du même dossier. L'assuré soutient que rien ne permet d'affirmer, même au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'hernie discale n'aurait été qu'activée par l'accident. Et même si tel était le cas, le traitement de la symptomatologie post accidentelle n'est pas terminée, puisqu'une seconde intervention chirurgicale s'impose. L'assuré conclut dès lors, subsidiairement, à ce qu'une expertise soit confiée à un médecin extérieur à la SUVA avec pour mission d'examiner la question du lien de causalité naturelle entre l'accident du 17 décembre 2010 et l'hernie discale dont il souffre, et, principalement, à l'annulation de la décision de la SUVA du 28 septembre 2012, et à la prise en charge des frais relatifs aux suites de l'accident survenu le 17 décembre 2010, soit notamment ceux de l'opération proposée par le Dr L_____. 14. Dans sa réponse du 29 novembre 2012, la SUVA a conclu au rejet du recours. Elle rappelle qu'en décembre 2007, l'assuré a subi l'opération d'une hernie discale L4-L5 suite à un accident de quad intervenu au printemps 2007, et que le 17 avril 2009, il a chuté d'un escabeau en se blessant au bas du dos. Elle constate que l'accident est survenu le 17 décembre 2010, mais

que ce n'est que le 27 janvier 2011 que l'assuré a consulté la Dresse Q_____. Il a pu reprendre le travail à 50% le 2 mai 2011 et à 100% dès le 6 juin 2011. Une IRM lombaire a été pratiquée le 28 juin 2011, selon laquelle des discopathies dégénératives au niveau L4-L5 et une discopathie plus marquée en L5-S1 ont été mises en évidence.![endif]>![if> 15. Dans sa réplique du 8 janvier 2013, l'assuré souligne que le raisonnement hypothétique suivi par la SUVA, selon lequel l'accident "a pu jouer un rôle révélateur d'une évolution défavorable de l'état antérieur diagnostiqué à la colonne lombaire" n'est pas fondé, et est contraire à l'avis du Dr L_____.![endif]>![if> Il considère que le fait qu'il n'ait pas consulté immédiatement après l'accident et le fait qu'il ait poursuivi son activité professionnelle pendant quelques jours ne sont pas pertinents. Du reste, la SUVA est entrée en matière, reconnaissant le caractère accidentel de l'événement survenu le 17 décembre 2010. Il reproche enfin au Dr N_____ de ne pas l'avoir examiné et estime que les erreurs commises par celui-ci dans la rédaction de ses rapports, permettent de mettre en doute son analyse. Il informe la Cour de céans que le 3 décembre 2012, il a été soumis à une consultation spécialisée du rachis par le Dr R_____ des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) et produit le rapport établi par ce médecin. Il en résulte qu'il "présente un syndrome lombo-vertébral chronique post discectomie avec des caractéristiques cliniques mécaniques et inflammatoires", ce qui confirme, selon lui, que ses douleurs découlent directement de l'opération réalisée en mars 2011 à raison de l'accident du 17 décembre 2010. Il persiste dès lors dans les termes de son recours du 31 octobre 2012. 16. Dans sa duplique du 31 janvier 2013, la SUVA se réfère expressément au dossier qu'elle a communiqué à la Cour de céans et à sa décision sur opposition, et confirme ses conclusions.![endif]>![if> 17. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.![endif]>![if> 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 3. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations LAA au-delà du 6 juin 2012 en raison de l'accident survenu le 17 décembre 2010. Il s'agit de déterminer, en d'autres termes, s'il y a un lien de causalité naturelle entre les troubles lombaires persistants pour lesquels le Dr L_____ propose une nouvelle intervention et l'accident.![endif]>![if> 4. Selon l'art. 6 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (al. 1). L'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA (al. 3). Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents, qui exerce un contrôle sur le traitement (art. 48 LAA).![endif]>![if> 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 exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). Le seul 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»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., 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. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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, 402 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'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 no U 142 p. 75, consid. 4b). 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). Le Tribunal fédéral a relevé que, 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. Tel était le cas lorsque l'accident 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. Se référant à la pratique médicale, le Tribunal fédéral retient qu'une chute libre d'une hauteur importante, un saut de 10 mètres de hauteur, une chute notamment avec port de charges ou un télescopage à grande vitesse sont des événements propres à provoquer la survenance d'une hernie discale traumatique (arrêts du Tribunal fédéral U 7/06 du 30 septembre 2002; U 307/2005 du 8 janvier 2007, consid. 7.2). Lorsqu'une hernie discale est d'origine traumatique, l'assureur-accidents doit 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 et les références citées). Lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu

d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF non publié 8C_339/2007 du 6 mai 2008, consid. 2.1). 5. 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 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose 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 291 consid. 3a, 117 V 365 consid. 5d bb et les références; FRESARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, 2ème édition, n. 89, p. 867). 6. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007 , consid. 2.1). 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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 consid. 2, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites 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 p. 264). 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 (ATF non publié du 23 novembre 2009,

cause 8C_463/2009 , consid. 3). 7. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). D'après l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

8. En l'occurrence, la SUVA a refusé de verser des prestations LAA à l'assuré au-delà du 6 juin 2011, date à laquelle l'assuré a repris son travail à 100%, considérant que les effets délétères de l'accident du 17 décembre 2010 étaient alors définitivement éliminés. Selon elle, les troubles actuels présentés par l'assuré, à savoir des lombalgies en séquelles d'une opération de discectomie destinée à traiter une hernie discale d'origine exclusivement malade sont sans rapport avec l'accident.

9. L'assuré a été opéré en 2006 d'une hernie discale L4-L5. Lors d'une chute survenue le 17 avril 2009, il a subi un mouvement de torsion secondaire du dos au niveau rachidien. Aucune lésion d'origine traumatique n'a été constatée sur l'IRM. A la suite de l'événement du 17 décembre 2010, il a subi une discectomie microchirurgicale L5-S1 gauche le 12 février 2011, en raison d'une hernie discale post traumatique, luxée, selon rapport du Dr L_____ du 23 juin 2011. L'IRM réalisée le 28 juin 2011 fait état de discopathies dégénératives L4-L5. L'assuré se plaignant de lombalgies chroniques persistantes, le Dr L_____ a proposé une nouvelle intervention, soit une spondylodèse L4-L5-S1 avec neuronavigation le 20 septembre 2011. Le Dr N_____ indique qu'il s'agit plutôt d'une décompensation symptomatique d'une hernie discale traumatique préexistante et que dès lors les effets de l'accident du 17 décembre 2010 sont limités dans le temps. Le Dr O_____ a de même considéré qu'il paraissait difficile de retenir, au degré de la probabilité, une relation de causalité entre l'événement du 17 décembre 2010 et une aggravation durable des discopathies préexistantes. Selon lui, l'événement a pu jouer un rôle révélateur d'une évolution défavorable de l'état antérieur.

10. Il est vrai que dans son premier rapport du 10 novembre 2011, le Dr N_____ a commis plusieurs erreurs de date importantes. Il n'en est pas moins vrai que ce médecin a établi une nouvelle version de son appréciation et force est de constater que ces erreurs ne changent rien quant à ses conclusions, lesquelles sont claires et motivées. Elles correspondent au surplus à celles du Dr O_____.

11. Il s'agit à ce stade de déterminer si les observations du Dr L_____ permettent de mettre en doute ces conclusions. 12. Dans ses rapports des 21 mars, 31 mai et 23 juin 2011, le Dr L_____ indique que l'évolution de l'état de santé est bonne. Il signale toutefois dès le second rapport, celui du 31 mai 2011, que des douleurs lombaires persistent. Le 20 septembre 2011, le fait de proposer une seconde intervention en relation avec des "lombalgies invalidantes", ne l'empêche pas de faire état d'une évolution "extra".

Les observations du Dr L_____ paraissent quelque peu contradictoires, en ce sens que, d'une part, il qualifie l'évolution de satisfaisante, tout en signalant, d'autre part, des douleurs lombaires persistantes, puis une intervention. Il semble, ce faisant, faire une distinction entre les suites de la discectomie L5-S1 gauche et les lombalgies elles-mêmes. La Cour de céans constate également que les IRM réalisées ne montrent aucune lésion traumatique. Elles mettent au contraire toutes en évidence des lésions

dégénératives. Selon l'assuré, "le syndrome lombo-vertébral chronique post discectomie" diagnostiqué par le Dr R_____ lors de sa consultation du 3 décembre 2012 vient confirmer que ses douleurs sont bien les suites de l'opération subie en mars 2011 (recte 12 février 2011). Tel n'est pas l'avis de la Cour de céans, dans la mesure où le Dr R_____ ne dit pas que le syndrome découle directement de l'opération ; il se borne à faire état de la situation médicale, compte tenu d'un status post discectomie. Il n'est pas contesté que l'assuré souffre d'une hernie discale, laquelle a été opérée en 2006. Or, selon la jurisprudence, les hernies discales n'apparaissent que très rarement comme étant d'origine accidentelle. Pour que tel soit le cas, il faut un accident d'une importance particulière qui soit de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et il faut que les symptômes de la hernie discale apparaissent immédiatement. En l'espèce, les deux accidents dont a été victime l'assuré, en avril 2009 et en décembre 2010, ne peuvent pas être considérés comme des événements propres à provoquer une hernie discale traumatique. Ils ne sont en effet pas comparables aux exemples retenus par le TF, soit une chute libre d'une hauteur importante ou un télescopage à grande vitesse. Il y a également lieu de rappeler que l'assuré n'a pas présenté d'incapacité de travail immédiatement après le 17 décembre 2010, et que la discectomie n'a été réalisée "en urgence" que le 12 février 2011. Ces constatations viennent corroborer l'analyse du Dr N_____, selon laquelle l'accident est venu décompenser une hernie discale préexistante. 13. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b, 1992 n° U 142 p. 75; arrêt 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 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 (ATF 8C 301/2009 ; U 171/06 ; U 266/99)! [endif]>![if> Cet argument n'est d'aucun secours pour la thèse du recourant. L'art. 36 LAA n'est applicable que lorsqu'un accident et un état maladif ont concouru à une même atteinte à la santé. En l'occurrence, tel n'est pas le cas en ce qui concerne les troubles lombaires persistants, du moment que le statu quo sine était déjà apparu dès le 6 juin 2011 (et que l'accident n'a plus eu d'influence sur l'atteinte à la santé depuis lors). 14. Partant, à défaut d'un lien de causalité naturelle établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre les troubles de l'assuré et l'événement accidentel du 17 décembre 2010, celui-ci ne peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents pour les atteintes dont il souffre, au-delà du 6 juin 2011.![endif]>![if> **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.![endif]>![if> Au fond : 2. Le rejette.![endif]>![if> 3. Dit que la procédure est gratuite.![endif]>![if> 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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