

# GE\_GERICHTE A/2435/2014 vom 21. Juli 2015

GE Cour de justice, 2015-07-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2435\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2435_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/2435/2014 du 21 juillet 2015

IT: GE\_GERICHTE A/2435/2014 del 21 luglio 2015

## Erwägungen

### E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à DIVONNE LES BAINS, FRANCE recourant contre LA BALOISE, COMPAGNIE D'ASSURANCES, sise comptabilité clients, Aeschengraben 21, BALE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian GROSJEAN intimée EN FAIT 1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né le \_\_\_\_\_ 1959, a été engagé le 16 décembre 2004 par le Casino B\_\_\_\_\_ SA en qualité de membre du comité de direction. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Bâloise, Compagnie d'assurances (ci-après l'assurance). [endif]>[if> 2. En date du 11 mai 2007, l'assuré a été victime d'un accident. Selon la déclaration de sinistre du 15 mai 2007, il avait raté une marche en descendant les escaliers alors qu'il répondait à un appel téléphonique. Son talon gauche avait heurté violemment la marche suivante et il était tombé assis. Il avait tout de suite ressenti une forte douleur dans le dos et avait dû quitter son service.[endif]>[if> 3. Le jour même, il s'est rendu aux urgences de l'Hôpital de la Tour, où une contracture paravertébrale importante sans trouble neurologique a été constatée. Plusieurs traitements antalgiques ont été prescrits (cf. rapport de la permanence de la Tour du 11 mai 2007 et rapport du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, du 18 janvier 2008). [endif]>[if> 4. Le lendemain, l'assuré a derechef consulté les urgences de l'Hôpital de la Tour en raison d'une évolution défavorable, soit l'apparition de troubles sphinctériens (cf. rapport de la permanence de la Tour du 12 mai 2007). [endif]>[if> 5. Le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a alors réalisé un scanner lombaire. Selon son compte rendu du 12 mai 2007, l'examen avait mis en évidence un canal rachidien relativement étroit en L4-L5 et plus discrètement en L3-L4. Aucun signe de fracture n'était visible.[endif]>[if> 6. Le 14 mai 2007, la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) lombaire. Dans son rapport établi le lendemain, elle a notamment relevé un canal lombaire étroit de L2 à L5, avec des rétrécissements étagés des trous de conjugaison, et au niveau L4-L5, une discopathie plus marquée, avec un phénomène de masse endorachidienne postérieure paramédiane gauche. Le diagnostic différentiel était celui d'hématome intra rachidien ou de fragment herniaire luxé. A ce niveau encore, elle a également noté une saillie discale intra foraminale du côté gauche entraînant un rétrécissement bien marqué du trou de conjugaison à gauche. Enfin, était relevée la présence d'un œdème au niveau du ligament inter-épineux au niveau L4-L5 évoquant un status post traumatique de ce ligament.[endif]>[if> 7. En date du 15 mai 2007, l'assuré a été examiné par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a préconisé une opération en urgence aux Hôpitaux universitaires du Canton de Genève (ci-après HUG) (cf. rapport du 7 mars 2008 du Dr G\_\_\_\_\_).[endif]>[if> 8. Le 16 mai 2007, le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a réalisé une discectomie

par voie mini invasive L4-L5 gauche. Selon son rapport du 24 mai 2007, l'assuré, connu pour des lombagos à répétition, avait consulté les urgences le 11 mai 2007 en raison de l'apparition de difficultés urinaires et d'une lombocruralgie gauche suite à une chute sur les fesses. Il présentait également une hypoesthésie de la région péri-anale. A l'examen clinique précédent l'opération, cette hypoesthésie n'était plus constatée, mais une hypoesthésie de la région du coccyx était relevée. La hernie discale luxée était très importante et plusieurs fragments herniaires avaient été retrouvés plus en profondeur, sous la dure-mère et dans le foramen L4-L5. Le Dr G\_\_\_\_\_ a noté une rupture ligamentaire postéro-latérale. Les suites opératoires étaient simples et l'assuré avait pu rentrer à domicile le jour même. [endif]>[if> 9. Par rapport du 13 août 2007, le Dr G\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de hernie discale L4-L5 volumineuse avec un syndrome de queue de cheval incomplet, suite à une chute. Il a constaté la résolution des symptômes en grande partie, avec cependant la subsistance de quelques douleurs résiduelles. La durée du traitement serait probablement de quatre à six mois et aucun dommage permanent n'était à craindre. [endif]>[if> 10. Lors d'une entrevue au domicile de l'assuré le 12 septembre 2007, celui-ci a précisé à un collaborateur de l'assurance qu'il avait perdu l'équilibre suite à un mouvement en arrière de la nuque. Il avait d'abord heurté le bord de la marche avec son talon gauche, puis ses fesses avaient heurté les escaliers. Il avait immédiatement ressenti une vive douleur comparable à une grande décharge électrique. L'assuré suivait des séances de physiothérapie à raison de deux fois par semaine, ne pouvait pas marcher plus de quinze minutes, rester assis plus de dix minutes et devait changer régulièrement de position lorsqu'il était couché, à cause des douleurs. [endif]>[if> 11. Le 15 novembre 2007, le Dr G\_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution et le pronostic étaient bons. La durée du traitement était de six mois et l'incapacité totale de travail prolongée. [endif]>[if> 12. Par avis du 3 décembre 2007, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin conseil de l'assurance, a considéré que la hernie discale n'était pas post traumatique, compte tenu d'un état antérieur et de la chute sur les fesses, sans mouvement complexe ou de torsion et sans déficit neurologique immédiat. [endif]>[if> 13. Le 3 janvier 2008, l'assuré a répondu à un questionnaire du Service de chirurgie orthopédique des HUG. Ses douleurs actuelles, dont l'intensité était de 4,5 sur une échelle de 5, étaient fluctuantes et déclenchées par toutes les positions, hormis celle couchée. Au niveau des jambes, l'assuré a indiqué une faiblesse, des engourdissements, des fourmillements, des décharges électriques et des lancées douloureuses lors de la toux ou de l'éternuement. [endif]>[if> 14. Dans un rapport du 14 février 2008, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, a retenu le diagnostic de lombalgies communes post-herniectomy et relevé, à titre de facteurs de risque de chronicisation, une importante kinésiophobie, la possibilité d'un syndrome de stress post-traumatique, des éléments de la lignée dépressive et un conflit asséurologique. D'un point de vue neurologique, l'évolution suite à l'opération avait été favorable, mais l'assuré décrivait des lombalgies invalidantes avec quelques irradiations sur la face postérieure de la cuisse gauche, plus rarement jusqu'au pied. [endif]>[if> 15. Dans un rapport du 7 mars 2008, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué à l'assurance que lors de la chirurgie, une rupture franche de l'anneau fibreux postéro-latéral avait été constatée, ce qui aurait été tout à fait inhabituel dans le cas d'une expulsion ancienne de hernie discale puisqu'on se serait alors attendu à retrouver un tissu fibreux cicatriciel. Il était évident qu'il existait un lien clair de causalité entre la chute sur les fesses et l'expulsion d'une volumineuse hernie discale L4-L5 avec l'apparition de troubles sphinctériens anamnestiques ainsi que de lombocruralgies et d'une hypoesthésie

des territoires S4-S5 à l'examen clinique. Ainsi, la hernie opérée avait clairement une origine post-traumatique. Un certain degré de dégénérescence discale préexistante était probable, compte tenu de l'âge de l'assuré, mais il ne faisait aucun doute que la chute avait été suffisante pour expulser un fragment herniaire aussi volumineux jusqu'à se retrouver dans une localisation inhabituelle en arrière du fourreau dural. ![/endif]>[/if> 16. A compter du 17 mars 2008, l'assuré a présenté une incapacité de travail de 50%.![/endif]>[/if> 17. Le 31 juillet 2008, il a déposé une demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité. ![/endif]>[/if> 18. Mandaté par l'assurance, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu un rapport d'expertise le 18 avril 2008. Il a retenu les diagnostics de hernie discale L4-L5 post traumatique opérée le 16 mai 2007, de syndrome douloureux lombaire avec une sciatalgie post cure de hernie discale L4-L5, et d'ébauche d'un syndrome de stress post-traumatique. Il persistait un syndrome douloureux lombaire, avec une irradiation notamment dans la région coccygienne et dans le membre inférieur gauche, syndrome relativement conséquent et invalidant. L'accident avait laissé des troubles psychologiques actuellement encore très vifs qui prédominaient le tableau clinique et provoquaient une nette majoration des symptômes douloureux. Ces derniers, exacerbés par la position debout, ne permettaient pas une augmentation de la capacité de travail, mais une reprise à 75% d'ici juillet 2008 pouvait être envisagée, puis à 100% d'ici l'automne, voire l'hiver 2008. Les symptômes étaient en relation de causalité avec les suites opératoires et l'ensemble des lésions laissées par un traumatisme grave du rachis lombaire qui avait provoqué une hernie discale et un étirement ligamentaire. Le canal lombaire étroit n'avait pas d'influence sur l'état de santé de l'assuré.![/endif]>[/if> 19. Une IRM de la colonne lombaire a été effectuée le 22 avril 2008. Dans son rapport y relatif du 24 avril 2008, la docteure K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à un conflit avec l'émergence L5 gauche dû à la présence d'une structure kystique au voisinage du massif articulaire postérieur gauche pouvant correspondre au reste d'hématome enkysté ou éventuellement à un kyste synovial, à la persistance d'une composante protrusive essentiellement foraminale gauche L4-L5 en conflit avec la racine L4 gauche, à un canal étroit congénital modérément décompensé en L3-L4 et de façon plus marquée en L4-L5.![/endif]>[/if> 20. Une nouvelle IRM lombaire a été réalisée le 5 mars 2009. Dans le rapport signé le lendemain, le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a noté un canal lombaire constitutionnellement étroit rétréci par des protrusions discales étagées en L2-L3, L3-L4 et L4-L5. ![/endif]>[/if> 21. L'assurance a sollicité une nouvelle expertise, la capacité de travail n'ayant pas été augmentée comme escompté. Par rapport du 4 avril 2009, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a diagnostiqué des lombosciatalgies bilatérales chroniques survenues dans les suites immédiates d'une chute violente le 11 mai 2007, avec une hernie discale L4-L5 post-traumatique opérée le 16 mai 2007, une tendinobursite trochantérienne gauche, et une obésité. Les lombosciatalgies étaient en relation de causalité certaine avec le sinistre assuré. La symptomatologie était apparue soudainement et immédiatement après une chute violente chez un homme n'ayant pas souffert du rachis auparavant. Elle avait pu être attribuée à une hernie discale L4-L5 luxée et aucun facteur étranger à l'accident ni maladie n'influençait de manière significative l'état de santé. L'état antérieur était normal au niveau du rachis. La symptomatologie actuelle n'était pas typique de celle d'un canal lombaire étroit et restait identique depuis l'accident, bien que moins intense. Les status quo ante et sine n'étaient pas rétablis et la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle de chef des jeux dans un casino, poste impliquant une position debout sans interruption et peu de mouvements. Dans une

activité permettant de changer régulièrement de positions, de s'asseoir parfois, de ne pas maintenir de position statique prolongée ni en porte-à-faux de la colonne lombaire, la capacité de travail devrait probablement être de 75% en tout cas, avec un rendement complet. Il était très probable que des douleurs persistent et le pronostic paraissait réservé au vu du type d'atteinte et de la durée d'évolution depuis l'accident. Une reprise de physiothérapie et une intensification du traitement médicamenteux, éventuellement des infiltrations, étaient en outre suggérées. Le taux de l'atteinte à l'intégrité était de 30%.! [endif]> [if> 22. Dans une note interne du 14 mai 2009, le Dr H\_\_\_\_\_ a contesté la valeur probante de ce rapport, relevant notamment que le Dr L\_\_\_\_\_ n'expliquait pas pour quelle raison il estimait que l'état antérieur ne jouait aucun rôle. Selon le médecin-conseil, cet état pouvait parfaitement expliquer les lombalgies persistantes et l'aggravation transitoire n'avait plus d'influence entre six et douze mois après l'accident. ! [endif]> [if> 23. Dans un rapport du 28 mai 2009, le Dr G\_\_\_\_\_ a relevé que des lésions dégénératives préexistantes à la chute étaient certainement présentes chez l'assuré, comme chez une grande partie de la population de son âge. Toutefois, compte tenu de l'anamnèse et de l'apparition brutale et immédiatement après la chute des symptômes, en particulier sphinctériens, il ne faisait aucun doute qu'il s'agissait d'un accident. ! [endif]> [if> 24. Sur demande du médecin-conseil de l'assurance, le Dr L\_\_\_\_\_ a complété son expertise le 5 juin 2009. Il a relevé qu'il était difficile de démontrer que la hernie discale L5-S1 avait été provoquée par la chute accidentelle, mais qu'il n'était pas possible d'affirmer qu'elle était présente avant la chute. Si tel avait été le cas, on pouvait imaginer qu'elle ait augmenté de taille après le traumatisme avec une atteinte radiculaire qui avait également été peut-être favorisée par la production de médiateurs pro-inflammatoires, ce qui avait entraîné les lombosciatalgies inaugurales avec un syndrome incomplet de la queue de cheval. En conclusion, il pensait qu'il n'y avait pas lieu de se focaliser sur la responsabilité de l'accident survenu le 11 mai 2007 sur une apparition d'une hernie discale, mais plutôt sur le lien entre l'accident et l'apparition de lombosciatalgies avec surtout un syndrome de la queue de cheval dans les heures après l'accident. Il était très difficile de déterminer si l'état antérieur du disque avait pu jouer un rôle puisque l'on ne savait pas s'il y avait déjà une hernie discale L4-L5 avant le 11 mai 2007. Il a ajouté qu'une hernie discale n'était pas rare dans une population contrôlée (20 à 40%) et n'était pas une maladie en l'absence de symptômes. Il s'agissait d'une description radiologique. Les images de la colonne décrites radiologiquement pouvaient éventuellement représenter un terrain à risque de développer des lombalgies chroniques. Concernant la durée des conséquences du traumatisme, l'on pouvait constater qu'en l'absence de lésion osseuse, la responsabilité de la chute accidentelle sur les lombalgies devrait s'arrêter dans un délai de douze mois. En ce qui concernait les irradiations douloureuses dans les membres inférieurs, il était plus difficile de se prononcer puisqu'il y avait eu un délai entre la chute du 11 mai 2007 et une décompression chirurgicale L4-L5 le 16 mai 2007. Ce délai de quelques jours avait pu provoquer des lésions neurologiques des racines nerveuses, responsables des douleurs résiduelles des membres inférieurs. Un examen électroneuromyographique (ci-après ENMG) permettrait peut-être de trancher. ! [endif]> [if> 25. Par décision du 29 octobre 2009, l'assurance-invalidité a alloué à l'assuré une demi-rente ordinaire d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2008, retenant une incapacité résiduelle de travail de 50% dans l'activité habituelle. ! [endif]> [if> 26. L'assurance a décidé de mettre en œuvre une nouvelle expertise médicale, et les parties ont désigné le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. ! [endif]> [if> 27. Par rapport du 21 octobre 2010, le Dr N\_\_\_\_\_,

a retenu les diagnostics de contusion lombo-fessière simple, de lombosciatalgies sur une volumineuse hernie discale luxée L4-L5, de discopathies lombaires étagées d'origine malade à la fois constitutionnelle et dégénérative acquise, de canal lombaire étroit constitutionnel sur des pédicules courts, et de syndrome lombaire douloureux chronique. Ce médecin a notamment relevé que l'assuré se plaignait essentiellement de lombosciatalgies bilatérales plus marquées à gauche, chroniques, constantes, ayant augmenté depuis le début de l'année 2010, avec plusieurs épisodes de blocages et la description de douleurs lombaires irradiant dans les jambes. L'accident survenu le 11 mai 2007 était un traumatisme à basse énergie qui n'avait clairement pas pu endommager les disques lombaires. Les différents intervenants thérapeutiques avaient décrit les discopathies, préexistantes à l'évènement, lombaires étagées, particulièrement au niveau L3-L4 et L4-L5, discopathies qui étaient acquises et constitutionnelles. En effet, l'assuré présentait d'importantes herniations discales spongieuses, malformation acquise durant l'enfance et l'adolescence, et un canal lombaire étroit congénital sur des pédicules courts. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, soit d'un traumatisme à basse énergie et d'une colonne lombaire présentant des lésions discales dégénératives et malformatives, le lien de causalité naturelle n'était que possible, étant précisé que la quasi simultanéité de la symptomatologie ne suffisait pas à établir une causalité naturelle. En conséquence, l'évènement du 11 mai 2007 n'avait consisté qu'en une chute ayant entraîné une contusion simple des fesses et du rachis lombaire, laquelle n'avait fait que révéler une pathologie préexistante majeure, dégénérative du rachis lombaire. Cette contusion était à la charge de l'assurance. L'importance des douleurs et de la symptomatologie avait été marquée par la mise en évidence de la hernie discale, pathologie dégénérative, liée à un état maladif, sans relation avec l'évènement du 11 mai 2007. Le traitement chirurgical étiologique était en relation avec cet état dégénératif de façon hautement probable et seulement possible avec l'évènement du 11 mai 2007 et ses suites. Concernant la contusion lombaire simple, le statu quo sine était acquis six semaines après l'évènement, étant exposé que le fait que l'évolution douloureuse, la persistance de la symptomatologie douloureuse, due à une hernie discale et ses conséquences, étaient hautement déterminantes face à la contusion simple du rachis lombaire. Ces pathologies étaient infiniment plus importantes, plus douloureuses et totalement déterminantes. Concernant le syndrome lombaire douloureux chronique, il y avait lieu de poursuivre les investigations dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire. La causalité naturelle n'était que possible entre l'évènement accidentel et la mise en évidence de la hernie discale luxée ayant entraîné la symptomatologie douloureuse. La capacité de travail était totale à la date du statu quo sine vis-à-vis des suites de l'évènement survenu le 11 mai 2007. >![endif]>![if> 28. Le 13 avril 2011, le Dr G\_\_\_\_\_ a contesté les conclusions de ce rapport d'expertise. Il a relevé, entre autres, que le texte était parsemé de fautes d'orthographe et d'imprécisions concernant le diagnostic, que l'expert avait omis de mentionner l'anamnèse concernant les troubles sphinctériens survenus après la chute et accompagnant la lombosciatique, et que la bibliographie médicale citée n'était pas pertinente. Selon lui, les lombalgies chroniques étaient liées à une extrusion brutale, post-traumatique, d'une hernie discale à partir d'un disque L4-L5 clairement dégénéré. Le patient présentait sans aucun doute une dégénérescence discale physiologique pluri-étagée préexistante à l'accident, mais les symptômes étaient clairement apparus après la chute, même à basse énergie. >![endif]>![if> 29. Le 11 juin 2013, le docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une IRM lombaire. Dans son rapport y relatif rédigé le jour même, il a relevé que le status postopératoire était d'aspect normal et que l'anomalie visualisée en 2007 avait disparu.

Toutefois, il existait toujours un aspect de canal lombaire étroit congénital sur toute la hauteur avec un aspect rétréci de façon significative au niveau L3-L4 mesuré à 7 mm en antéropostérieur en raison d'une hypertrophie des ligaments jaunes notamment. Il a également signalé une protrusion discale circonférentielle au niveau L4-L5 avec un possible conflit sur la racine L4 gauche. [endif]>[if> 30. Par rapport du 7 novembre 2013, le Dr G\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des lombosciatiques chroniques, en augmentation sur une progression des troubles dégénératifs. L'incapacité de travail de 50% persistait.[endif]>[if> 31. L'assurance a mis en œuvre une expertise neurologique confiée au docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FHM en neurologie.[endif]>[if> 32. Dans son rapport d'expertise du 6 février 2014, fondé sur le dossier médical, un entretien avec l'assuré, un examen neurologique, un ENMG des membres inférieurs et les documents radiologiques, le Dr P\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des lombosciatalgies bilatérales non déficitaires sur un canal lombaire étroit et sur un status après une cure d'une volumineuse hernie discale L4-L5 gauche le 16 mai 2007.[endif]>[if> Après avoir résumé le dossier, établi l'anamnèse personnelle et actuelle, relaté les plaintes, et procédé à une analyse systématique, l'expert a commenté les examens paracliniques : les paramètres de la conclusion nerveuse motrice et sensitive se situaient dans les limites de la norme et l'EMG de détection ne mettait pas en évidence d'anomalie significative dans l'ensemble des muscles examinés au membre inférieur gauche appartenant au territoire d'innervation de L4 à S1. L'expert a relaté ses constatations objectives et livré son appréciation du cas. Concernant les circonstances du sinistre, il a rappelé que l'assuré avait chuté sur les fesses, dans un escalier raide en colimaçon, et qu'il avait dévalé six ou sept marches. Immédiatement, il avait ressenti d'intenses douleurs lombaires, irradiant aux membres inférieurs. Plusieurs documents faisaient état de troubles sphinctériens, mais ces derniers étaient difficiles à étayer lors de l'anamnèse prise auprès de l'assuré, lequel mentionnait tout au plus un léger épisode d'incontinence des selles. Depuis l'intervention, il persistait un syndrome douloureux chronique, lombaire, irradiant dans le membre inférieur gauche, jugé invalidant, puisque l'assuré n'avait pas pu reprendre son activité professionnelle à 100%. Face à cette évolution quelque peu défavorable, la situation avait été appréciée par de nombreux intervenants, qui étaient relativement unanimes pour évoquer un tableau de lombosciatalgies chroniques dans le cadre d'un status après une hernie discale, majoré par une composante psychogène. En effet, le Dr I\_\_\_\_\_ mentionnait une kinésiophobie, un tableau approchant un syndrome de stress post-traumatique et des éléments de la lignée dépressive dans le cadre d'un conflit asséculurologique, et le Dr J\_\_\_\_\_ le diagnostic d'ébauche d'un syndrome de stress post-traumatique. En revanche, la composante psychogène semblait moins évidente du point de vue du Dr L\_\_\_\_\_. Enfin, le Dr N\_\_\_\_\_ avait relevé que des facteurs extra-orthopédiques étaient vraisemblablement présents et nécessitaient une prise en charge pluridisciplinaire. L'expert quant à lui estimait que le tableau de lombosciatalgies bilatérales était majoré par une composante non organique. En effet, les plaintes subjectives étaient quelque peu atypiques et il n'y avait pas d'anamnèse de claudication caractéristique du canal lombaire étroit, les troubles sensitifs assez diffus du membre inférieur gauche n'avaient pas de systématisation somatique, et l'expert avait eu l'impression d'une diminution du seuil de tolérance à la douleur lors de l'examen de l'assuré. Il a constaté que l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'événement du 11 mai 2007 et l'état de santé actuel était envisagée de manière opposée par les différents médecins. En effet, le Dr H\_\_\_\_\_ avait estimé qu'après un traumatisme, on admettait une aggravation transitoire et non définitive, et que l'influence du trauma s'épuisait avec le

temps. Selon la jurisprudence, une influence étiologique était admise entre six et douze mois après ledit événement. Les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_ allaient dans le même sens, mais de manière plus restrictive. Compte tenu de la faible énergie de l'événement et de l'état antérieur caractérisé par des discopathies étagées, ce médecin avait estimé que l'assuré avait été victime au premier plan d'une contusion lombo-fessière simple, qui avait révélé la pathologie lombaire dégénérative, de sorte qu'il avait fixé le retour au statu quo sine après six semaines. Les Dr G\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ considéraient quant à eux qu'il existait une relation de causalité naturelle certaine entre l'événement accidentel et le tableau qui en avait découlé, à savoir la mise en évidence d'une hernie discale nécessitant une intervention chirurgicale, et depuis lors la persistance d'un tableau douloureux. Le Dr J\_\_\_\_\_ était d'avis qu'il n'y avait pas d'état antérieur, mais ceci sans argument probant. Dans l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, la concordance temporelle entre l'accident et l'atteinte neurologique, chez un assuré totalement asymptomatique avant la chute, était mise en avant. Ce médecin avait tout de même admis qu'il était difficile de démontrer que la hernie discale avait été provoquée par la chute du 11 mai 2007, ajoutant qu'il n'était pas possible d'affirmer qu'elle était présente avant la chute. En outre, il avait noté qu'il était très difficile de déterminer si l'état antérieur du disque avait pu jouer un rôle, faute de savoir s'il y avait déjà une hernie discale L4-L5 avant le 11 mai 2007. Il avait rappelé par ailleurs qu'une hernie discale était fréquente et souvent asymptomatique dans la population. Finalement, le Dr G\_\_\_\_\_ s'était déclaré « interloqué » par l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_. A cet égard, l'expert a relevé que les articles cités par le Dr N\_\_\_\_\_ étaient d'actualité et représentaient la doctrine médicale actuelle, et que le Dr G\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'élément nouveau, basé sur une littérature plus récente. Selon le Dr P\_\_\_\_\_, la terminologie utilisée en LAA était manifestement mal comprise, et en particulier la notion d'état antérieur. En effet, les Drs G\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ argumentaient par le fait que ce tableau n'avait jamais été symptomatique auparavant. Or, le statu quo ante était atteint au moment où seul l'état antérieur se faisait encore ressentir, alors que les suites de l'accident auraient totalement disparu. Si l'affection préexistante suivait un cours irréversible et progressif comme c'était le cas dans les processus dégénératifs discaux, le statu quo sine était atteint au moment où l'aggravation passagère de l'état antérieur par les suites de l'accident n'influençait plus le cours normal de la maladie. Il convenait également de considérer que le prolapsus discal correspondait au dernier stade ou à l'ultime événement d'un processus dégénératif de longue durée, de nature malade. En conséquence, il était juste d'admettre une influence causale partielle lorsque les symptômes caractéristiques de la hernie discale apparaissaient immédiatement après un traumatisme, considéré comme adéquat comme l'avait rappelé le Dr N\_\_\_\_\_. Il était également correct de considérer que les troubles engendrés étaient la conséquence d'un trauma pour une période qui s'échelonnait d'une demie à une année. Ces chiffres tenaient compte de la faible influence qu'exerçait l'événement mécanique unique, et de l'impossibilité de démontrer qu'une lésion discale était spécifiquement traumatique. Le Dr G\_\_\_\_\_ estimait qu'une hernie discale post-traumatique existait de manière tout à fait certaine selon son expérience et celle des chirurgiens spinaux. Ceci bien entendu ne pouvait être considéré comme un argument probant dans le cadre d'une expertise. La mise en évidence d'une rupture ligamentaire, lors de l'intervention, était l'expression d'une luxation herniaire récente, mais ne contredisait en rien la théorie selon laquelle la hernie discale correspondait à l'ultime événement d'un processus dégénératif de longue durée. Considérant l'ensemble de ces éléments, l'expert estimait que le statu quo sine avait été rétabli à douze mois du sinistre au maximum. En conclusion, l'accident avait décompensé

un état antérieur, à savoir des troubles dégénératifs du rachis et plus particulièrement une discopathie L4-L5. Le statu quo sine était rétabli le 10 mai 2008, soit une année après l'accident. Il n'existait pas d'incapacité de travail en relation avec les séquelles de l'accident. Sur le plan médical, et sans tenir compte d'éventuelles séquelles de l'accident, l'assuré avait besoin d'une prise en charge multidisciplinaire avec la poursuite des analgésiques, de la physiothérapie, et éventuellement d'un soutien psychologique et d'une prescription d'antidépresseurs à visée antalgique. Il n'existait aucune incapacité de gain des suites de l'accident survenu le 11 mai 2007 et l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte à l'intégrité suite à l'accident assuré. 33. Le 13 février 2014, le Dr P\_\_\_\_\_ a complété son expertise après que l'assuré lui ait fait parvenir un CD avec une IRM lombaire effectuée le 22 avril 2008, document qu'il n'avait pas à disposition lors de son expertise. Cet examen mettait en évidence un canal lombaire étroit à la hauteur de L4-L5, avec un rétrécissement du foramen en L4-L5, soit les mêmes anomalies que celles relevées sur l'IRM du 11 juin 2013. Faute d'élément nouveau, il n'y avait pas de modification à apporter à son expertise. 34. Invité à faire part de ses remarques éventuelles au sujet du rapport d'expertise du Dr P\_\_\_\_\_, le Dr G\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé. 35. Par décision du 3 avril 2014, l'assurance a considéré que l'accident du 11 mai 2007 avait décompensé un état antérieur, à savoir des troubles dégénératifs du rachis et plus particulièrement une discopathie L4-L5, et que le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles et l'accident assuré n'était plus admis à partir du 10 mai 2008, date du retour au statu quo sine. Par économie de procédure, elle renonçait à réclamer à la caisse maladie le remboursement des frais médicaux versés au-delà de cette date, et à l'employeur celui des indemnités journalières versées jusqu'au 30 septembre 2013. 36. Le 25 avril 2014, l'assuré a contesté cette prise de position. Il a notamment mentionné qu'à la date du 10 mai 2008, il avait encore un hématome dans la colonne vertébrale, conséquence de l'accident. En outre, cet événement avait causé une hernie discale, mais également une rupture ligamentaire et des lésions irréversibles des nerfs. L'état antérieur avait été décompensé sans antécédent et sans facteur héréditaire. 37. Par décision sur opposition du 17 juillet 2014, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 3 avril 2014. Elle a rappelé les conclusions du Dr P\_\_\_\_\_ selon lequel le statu quo sine avait été atteint au plus tard douze mois après le sinistre, de sorte que le lien de causalité naturelle n'était plus donné avec la vraisemblance prépondérante requise au-delà de ce délai. En outre, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le statu quo sine d'une aggravation traumatique de la colonne vertébrale avec un état antérieur dégénératif non symptomatique était rétabli entre six et neuf mois après l'accident, au plus tard après une année. L'assurance a rappelé que beaucoup d'éléments démontraient la présence d'un état antérieur caractérisé avec des discopathies étagées et le fait que l'accident avait été de faible énergie. L'assuré n'apportait au surplus aucun élément probant permettant de contester les conclusions du Dr P\_\_\_\_\_. 38. Par acte du 20 août 2014, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, préalablement, à des actes d'instruction et, principalement, à l'annulation de la décision entreprise et à la reconnaissance de son droit à la poursuite des prestations de la part de l'intimée. En substance, le recourant a soutenu que son hernie discale et les symptômes dont il continuait à souffrir étaient en rapport de causalité avec son accident du 11 mai 2007. Il a en particulier contesté l'existence d'un état antérieur, se référant au rapport d'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ et au rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 7 mars 2008, et nié avoir souffert de lumbagos à répétition. A l'appui de son écriture, le recourant a notamment joint les pièces

suivantes : - Un certificat médical du Dr G\_\_\_\_\_ daté du 18 août 2014. Il en ressort que l'état actuel de lombosciatiques chroniques était uniquement à mettre sur le compte de l'accident du 11 mai 2007. L'état antérieur du point de vue clinique à cette date était parfaitement normal.!

Un rapport médical du 19 août 2014 de la doctoresse Q\_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant depuis 2005, certifiant que son patient n'avait jamais présenté de pathologie vertébro-discale avant le 11 mai 2007.!

39. Le 23 septembre 2014, soit dans le délai imparti à cet effet, le recourant a complété son recours et produit de nouveaux documents, dont:!

Un rapport du 22 avril 2009 du Dr G\_\_\_\_\_, à teneur duquel la capacité de travail de son patient était de 50% dans la mesure où il souffrait de lombalgies chroniques post-hernie discale post-traumatique opérée en mai 2007. Les limitations fonctionnelles concernaient le port de charge, probablement limité à 10kg, ainsi que les mouvements répétés de flexion antérieure, de rotation et de flexion latérale de la colonne vertébrale lombaire. !

Un certificat médical du Dr G\_\_\_\_\_ du 19 septembre 2014 selon lequel la capacité de travail était de 50% pour la période du 1<sup>er</sup> au 30 septembre 2014 !

40. Dans sa réponse du 12 novembre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle a notamment soutenu, sur la base du rapport d'expertise du Dr P\_\_\_\_\_ auquel une pleine valeur probante devait être attribuée, que toutes les conditions cumulatives pour considérer que la hernie discale était principalement due à un accident n'étaient pas réunies, puisque l'accident ne revêtait pas un caractère d'importance particulière et qu'il s'agissait d'un traumatisme à basse énergie, qui n'était pas de nature à léser un disque intervertébral. En revanche, les conditions relatives à l'apparition immédiate des symptômes et à l'incapacité de travail semblaient réunies. Ainsi, la hernie n'avait pas été provoquée par l'accident, mais avait seulement été déclenchée, de sorte qu'il lui incombait de prendre en charge le syndrome douloureux lié à l'évènement accidentel. S'agissant de l'aggravation d'un état de santé antérieur dégénératif au niveau de la colonne vertébrale, le statu quo sine était dans la règle atteint après six ou neuf mois, au plus tard une année. L'intimée a rappelé à cet égard que le Dr G\_\_\_\_\_ avait estimé, suite à l'opération, que la durée probable du traitement serait de six mois et qu'aucun dommage permanent n'était à craindre. !

L'intimée a notamment produit le dossier de l'assurance invalidité en sa possession et les décomptes de ses prestations. 41. Par duplique du 9 décembre 2014, le recourant a maintenu ses conclusions, invoquant que les Drs L\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ avaient une opinion divergente. Il a notamment allégué que l'usure des disques débutait vers l'âge de 25 ans, et qu'il était normal qu'il en aille de même pour lui. En outre, il n'y avait pas de phénomène héréditaire dans sa famille et il n'avait jamais eu de problème de dos avant l'accident. S'agissant des circonstances de l'accident, sa colonne lombaire avait été directement sollicitée, sans que ses jambes ne puissent amortir sa chute.!

42. Par duplique du 17 décembre 2014, l'intimée a intégralement persisté.!

43. Le 18 décembre 2014, copie de cette écriture a été communiquée au recourant.!

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/GE E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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).!

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

2. A 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.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA). ![endif]>![if> La décision contestée ayant été notifiée pendant la suspension des délais, le délai de recours a débuté le 16 août 2014 et est arrivé à échéance le 15 septembre 2014, compte tenu des principes susmentionnés. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA; E 5 10). 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimée au-delà du 10 mai 2008, singulièrement sur le rapport de causalité naturelle entre ses troubles au-delà de cette date et l'accident du 11 mai 2007.![endif]>![if> 5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).![endif]>![if> La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.![endif]>![if> Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

7. a. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance

prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

b. Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3). La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, est remplacée par la présomption jurisprudentielle – qui se fonde sur la littérature médicale – selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C\_467/2007 du 25 octobre 2007

consid. 3.1; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002). Le lien de causalité naturelle entre un accident et une hernie a notamment été nié dans les cas suivants : 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). 8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), 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. A 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 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns

et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

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

10. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

11. En l'espèce, l'intimée considère, sur la base du rapport d'expertise du Dr P\_\_\_\_\_, que l'accident du 11 mai 2007 n'est pas de nature à provoquer une hernie discale, mais tout au plus à déclencher les symptômes d'une atteinte dégénérative préexistante, et que le statu quo sine a été atteint au plus tard une année après le sinistre.

Le recourant conteste ce point de vue, s'appuyant sur l'appréciation divergente des Drs G\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_. Il souligne notamment que l'accident a immédiatement entraîné les symptômes douloureux, qu'il est depuis en incapacité de travail partielle, et qu'il ne présentait aucun antécédent médical au niveau des lombaires, hormis une usure normale des disques.

12. En premier lieu, la chambre de céans rappelle que le Dr M\_\_\_\_\_ a signalé un canal lombaire constitutionnellement étroit rétréci par des protrusions discales étagées de L2 à L5 (rapport du 5 mars 2009), que le Dr N\_\_\_\_\_ a notamment rapporté des discopathies lombaires étagées d'origine malade, constitutionnelle et dégénérative, soit un canal lombaire étroit sur des pédicules courts et d'importantes herniations discales spongieuses, malformation acquise durant l'enfance et l'adolescence (rapport du 21 octobre 2010), que le Dr O\_\_\_\_\_ a confirmé l'aspect de canal lombaire étroit congénital sur toute la hauteur, avec un aspect rétréci de façon significative au niveau L3-L4 (rapport du 11 juin 2013), et que le Dr P\_\_\_\_\_ a fait état de troubles dégénératifs du rachis et plus particulièrement une discopathie L4-L5 (rapport du 6 février 2014). Quant au Dr G\_\_\_\_\_, il a lui aussi retenu que le recourant présentait une

dégénérescence discale physiologique pluri-étagée préexistante à la chute du 11 mai 2007 (rapport du 13 avril 2011). L'existence d'un état maladif antérieur à l'accident est donc établie. 13. Il convient à présent de se déterminer sur le rapport de causalité naturelle entre les troubles présentés par le recourant et l'accident du 11 mai 2007 et, cas échéant, sur un retour au statu quo ante ou sine. Dans son rapport d'expertise du 6 février 2014, le Dr P\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des lombosciatalgies bilatérales non déficitaires sur un canal lombaire étroit et sur un status après une cure d'une volumineuse hernie discale L4-L5 gauche le 16 mai 2007. A l'instar des Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, le Dr P\_\_\_\_\_ a estimé que le tableau de lombosciatalgies était majoré par une composante non organique. Selon lui, le sinistre avait uniquement décompensé un état antérieur, à savoir des troubles dégénératifs du rachis et plus particulièrement une discopathie L4-L5, et le statu quo sine était rétabli une année après l'événement accidentel. L'expert a rappelé que le Dr H\_\_\_\_\_ avait également admis une aggravation transitoire de l'état de santé suite au traumatisme, durant six à douze mois, et que le Dr N\_\_\_\_\_ avait retenu que le recourant avait présenté une simple contusion lombo-fessière ayant uniquement révélé la pathologie lombaire dégénérative. Compte tenu de la faible énergie de l'événement et des discopathies étagées préexistantes, ce médecin avait fixé le retour au statu quo sine après six semaines. A l'inverse, les Drs G\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ avaient estimé qu'il existait une relation de causalité naturelle certaine entre l'événement accidentel et la mise en évidence de la hernie discale, et depuis lors la persistance d'un tableau douloureux. Ces médecins argumentaient essentiellement par le fait que ce tableau n'avait jamais été symptomatique auparavant. L'expert a expliqué que la rupture ligamentaire, mise en évidence lors de l'intervention, était l'expression d'une luxation herniaire récente. Toutefois, le prolapsus discal correspondait au dernier stade ou à l'ultime événement d'un processus dégénératif de longue durée, de nature malade. Lorsque les symptômes caractéristiques de la hernie discale apparaissaient immédiatement après un traumatisme adéquat, il convenait d'admettre une influence causale partielle et de considérer que les troubles engendrés étaient la conséquence d'un traumatisme pour une période qui s'échelonnait d'une demie à une année, compte tenu de la faible influence qu'exerçait l'événement mécanique unique et de l'impossibilité de démontrer qu'une lésion discale était spécifiquement traumatique. Partant, l'expert a confirmé la prise de position du Dr H\_\_\_\_\_ et estimé que le statu quo sine avait été rétabli à douze mois du sinistre au maximum. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise du Dr P\_\_\_\_\_, dépourvu de contradiction, remplit toutes les exigences formelles auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'expert a en effet étudié toutes les pièces du dossier, dont les documents radiologiques, et a procédé à des anamnèses détaillées, d'un point de vue personnel, actuel et systématique. Il a pris en considération les plaintes du recourant, réalisé les examens complémentaires adéquats, et clairement expliqué les raisons pour lesquelles il se distançait de l'avis d'autres médecins. Ses conclusions, dûment motivées, résultent d'une analyse complète de la situation médicale, objective et subjective. 14. Reste donc à examiner si d'autres médecins ont émis des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de cet expert. a. Le Dr J\_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport d'expertise du 18 avril 2008, que le recourant avait été victime d'un traumatisme grave du rachis lombaire qui avait provoqué une hernie discale et un étirement ligamentaire. A titre d'état antérieur, il a fait état d'un canal lombaire étroit, lequel n'avait toutefois aucune influence. Cette appréciation n'est pas convaincante pour plusieurs raisons. D'une part, le Dr J\_\_\_\_\_ n'a pas pris en considération toutes les lésions préexistantes puisque son

rapport ne mentionne pas les importantes herniations discales spongieuses, relevées plus tard par le Dr N\_\_\_\_\_ (cf. rapport du 21 octobre 2010). D'autre part, il n'a pas développé les motifs pour lesquels il admettait que la chute du recourant, de sa propre hauteur, avait causé, et non pas uniquement déclenché, une hernie discale. En outre, il a considéré que des troubles psychologiques prédominaient le tableau clinique et provoquaient une nette majoration des symptômes douloureux, ce qui permet de douter de ses conclusions selon lesquelles les symptômes présentés seraient en relation de causalité avec l'ensemble des lésions laissées par le traumatisme. Enfin, il sied de relever que le Dr P\_\_\_\_\_ a expliqué qu'une rupture ligamentaire récente, qui était l'expression d'une luxation herniaire récente, ne contredisait en rien la théorie selon laquelle une hernie discale correspondait à l'ultime événement d'un processus dégénératif de longue durée.

b. Dans son premier rapport du 4 avril 2009, le Dr L\_\_\_\_\_ a notamment considéré que les lombosciatalgies étaient en relation de causalité certaine avec le sinistre car la symptomatologie était apparue soudainement et immédiatement après une chute violente chez un homme n'ayant pas souffert du rachis auparavant et qui ne présentait aucune maladie influençant de manière significative l'état de santé. L'état antérieur était normal au niveau du rachis et la symptomatologie actuelle n'était pas typique de celle d'un canal lombaire étroit et restait identique depuis l'accident. La chambre de céans relève, à l'instar du Dr P\_\_\_\_\_, que l'argumentation du Dr L\_\_\_\_\_ est essentiellement basée sur la concordance temporelle entre l'accident et l'atteinte à la santé et sur le fait que le recourant était asymptomatique avant la chute du 11 mai 2007. Or, il est rappelé que de jurisprudence constante, le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas pour retenir l'existence d'un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré. En outre, l'affirmation selon laquelle l'état antérieur était normal au niveau du rachis est clairement contredite par de nombreuses pièces du dossier. Dans son complément du 5 juin 2009, le Dr L\_\_\_\_\_ s'est montré moins catégorique. En effet, il a noté qu'il était difficile de démontrer que la hernie discale avait été provoquée par la chute accidentelle et de déterminer si l'état antérieur du disque avait pu jouer un rôle puisque l'on ne savait pas s'il y avait déjà une hernie discale L4-L5 avant le 11 mai 2007. Il a alors conclu que, faute de lésion osseuse, la chute du 11 mai 2007 n'avait plus de répercussion sur les lombalgies au-delà d'un délai de douze mois. Il appert ainsi que son appréciation rejoint désormais celle du Dr P\_\_\_\_\_ sur ce point. S'agissant des irradiations douloureuses dans les membres inférieurs, le Dr L\_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé et a préconisé la réalisation d'un ENMG, examen réalisé par l'expert P\_\_\_\_\_. Dans ces conditions, il s'impose de constater que l'opinion du Dr L\_\_\_\_\_ ne comporte aucun élément permettant de remettre en cause le rapport d'expertise du Dr P\_\_\_\_\_.

c. Le Dr G\_\_\_\_\_ a considéré que la hernie discale avait clairement une origine post-traumatique et que la chute avait été suffisante pour expulser un fragment herniaire (rapport du 7 mars 2008). Compte tenu de l'anamnèse et de l'apparition brutale et immédiatement après la chute des symptômes, il ne faisait aucun doute qu'il s'agissait d'un accident (rapport du 28 mai 2009). Il a admis l'existence d'une dégénérescence discale physiologique pluri-étagée préexistante à l'accident, mais considéré que les lombalgies chroniques étaient liées à l'extrusion brutale et post-traumatique d'une hernie. Les symptômes étaient clairement apparus après la chute, même à basse énergie (rapport du 13 avril 2011). A nouveau, cette opinion divergente est basée principalement sur le fait que le recourant était asymptomatique avant le sinistre et que les douleurs sont apparues immédiatement après la chute, ce qui est insuffisant à établir un lien de causalité naturelle. Le Dr G\_\_\_\_\_ n'a fait état d'aucun paramètre qui aurait été ignoré par le Dr

P\_\_\_\_\_ et qui permettrait de conclure que la chute bénigne du recourant serait la cause proprement dite de la hernie. Etant rappelé la différence de mandat entre ces deux médecins, l'avis contraire du Dr G\_\_\_\_\_ ne permet pas de remettre en cause les conclusions du Dr P\_\_\_\_\_. d. Enfin, les documents produits par le recourant en cours d'instance ne sont pas déterminants. En effet, la Dresse Q\_\_\_\_\_ se limite à certifier que son patient n'a jamais présenté de pathologie vertébré-discale avant l'accident (rapport du 19 août 2014), et le Dr G\_\_\_\_\_ a affirmé que l'état actuel était uniquement à mettre sur le compte de l'accident, sans apporter de nouveaux arguments. 15. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans reconnaît une pleine valeur probante au rapport du Dr P\_\_\_\_\_ et fera donc siennes les conclusions de cet expert, lesquelles sont au demeurant conformes à la jurisprudence développée en matière de hernie discale. En effet, le recourant a chuté dans les escaliers et est tombé de sa propre hauteur sur les fesses. Cet événement relativement banal ne revêt aucune importance particulière et n'est pas propre à léser un disque intervertébral. Il se distingue nettement de ceux propres à provoquer la survenance d'une hernie discale retenus par la pratique médicale, tels qu'une chute libre d'une hauteur importante, un saut de 10 mètres de hauteur ou encore un télescopage à grande vitesse (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 7/02 du 30 septembre 2002 consid. 5). Il apparaît ainsi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident a uniquement déclenché la hernie discale et ne l'a pas provoquée, étant rappelé que le recourant présentait alors déjà de nombreuses discopathies dégénératives. En outre, s'agissant d'un accident sans lésions structurelles au squelette, la chronicisation des plaintes du recourant doit être attribuée à des facteurs étrangers à l'accident. En application de la présomption jurisprudentielle, l'aggravation traumatique de l'état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit effectivement être considérée comme étant terminée au plus tard après un an. Eu égard à tout ce qui précède, il est établi, au degré de la vraisemblance requis, que la chute du 11 mai 2007 a uniquement décompensé un état antérieur et que le statu quo sine a été atteint le 11 mai 2008 au plus tard. 16. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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