

GE_GERICHTE A/3421/2006 vom 28. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3421_2006

FR: GE_GERICHTE A/3421/2006 du 28 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/3421/2006 del 28 novembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 28.11.2008
A/3421/2006

A/3421/2006 ATAS/1392/2008 du 28.11.2008 (LAA) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3421/2006
ATAS/1392/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 3 du 28 novembre 2008 En la cause Monsieur M _____,
domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître HEKIMI
Catherine recourant contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN
CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT Monsieur
M _____, né en 1963, a été victime d'un accident de la circulation avec choc latéral sur
la gauche en date du 24 mars 2005. Le cas a été annoncé à la SUVA, auprès de laquelle
l'intéressé était assuré contre le risque d'accident. Dans la déclaration d'accident, l'assuré a
indiqué avoir subi un accident de voiture et avoir été atteint à la tête et à la nuque, sur le
côté gauche. Il précise avoir reçu un coup sur la tête (pièce 1 SUVA). Du rapport d'accident
établi par le corps de police le 6 avril 2005, il ressort que l'assuré a été légèrement blessé et
qu'il s'est plaint de douleurs à la tête (pièce 5 SUVA). La Dresse A _____ a établi un
rapport médical en date du 27 mai 2005. Elle indiquée que l'assuré a été victime d'un
whiplash et que sa tête a heurté la poignée latérale de la portière. Elle a constaté que la
palpation C1-C7 était sensible, une limitation de l'extension de la nuque et de la rotation
vers la droite, des vertiges, et des céphalées. Le médecin a conclu à un whiplash et à une
contusion occipitale gauche. Le 2 juin 2005, le Dr B _____ a pratiqué les premières
radiographies qui ont montré une discrète scoliose cervicale à convexité droite et
diminution de la lordose physiologique, une cervicarthrose en C5-C6 et C6-C7 et un status
après fracture de l'hypophyse épineuse de C7 avec sclérose de part et d'autre de ses bords
(pièce 9 SUVA). Le 4 juillet 2005, la Dresse A _____ a attesté de la persistance des
cervicalgies. Le Dr C _____ spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement
de la SUVA, a procédé à un examen en date du 14 juillet 2005. Il a fait remarquer que selon
la Dresse A _____, il n'y avait ni vertiges ni céphalées. L'assuré lui a déclaré que, lors
de l'accident, il était au volant de sa voiture, laquelle avait été percutée depuis la gauche ; il
a heurté de la tête le plafond de la voiture puis probablement le côté gauche. Ce n'est que
plus tard qu'il a développé des cervicalgies, plutôt du côté gauche et postérieur, raison pour
laquelle il n'y a pas eu de radiographies immédiatement. Les premières ont été effectuées le
1er juin 2005. Un CT-cervical a complété le bilan radiologique et a confirmé une fracture
au niveau de l'épineuse de C7 sans aucun déplacement avec sclérose de part et d'autre (pièce
13 SUVA). Par courrier du 15 août 2005, le Dr C _____ a sollicité l'opinion du Prof.
D _____, de l'institut de radiologie de la clinique des Grangettes, quant à savoir si la
fracture était fraîche ou si il s'agissait d'un état antérieur sans explication. Le professeur
D _____ a procédé à une analyse des documents. Concernant l'anomalie observée au

niveau de l'apophyse épineuse C6-C7, il a posé le diagnostic différentiel de fracture et de variante anatomique de la normale, expliquant qu'au niveau des apophyses épineuses, il existe parfois un noyau d'ossification distale qui ne se soude pas au cours de la croissance au reste de l'apophyse épineuse. Il a précisé que l'on ne pouvait exclure formellement une fracture liée à l'accident (il pourrait simplement s'agir d'un retard de consolidation, et si cet élément persiste au-delà de six mois, d'une pseudarthrose) et que le fait que le fragment distal soit légèrement déplacé pouvait être un argument pour une fracture. Sur le CT réalisé le 20 juin, c'est-à-dire à peu près trois semaines après les premières radiographies, il n'y avait pas de cal osseux visibles entre les deux fragments, ce qui pouvait être aussi bien être un argument pour une fracture non consolidée que pour un noyau d'ossification non fusionné. En l'état, le professeur a émis l'avis qu'il était impossible de trancher formellement entre les deux diagnostics (pièce 20 SUVA). Le dossier a été soumis au Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a rendu une appréciation en date du 21 septembre 2005. Aux deux hypothèses posées par le Prof. D_____ (fracture de l'apophyse épineuse de C7 non consolidée ou noyau d'ossification non fusionné), le Dr E_____ en a ajouté une troisième, celle d'une pseudarthrose de l'apophyse épineuse de C7, résultant d'une fracture par fatigue ou de la maladie dite des terrassiers, antérieure à l'accident. Le Dr E_____ a retenu en défaveur d'une fracture récente le fait que le patient n'ait pas immédiatement souffert de douleurs cervicales (ce qui est corroboré par le rapport de police qui ne parle que de douleurs à la tête). Quoi qu'il en soit, le Dr E_____ a précisé que même si l'assuré avait été effectivement victime lors de son accident d'une fracture de l'apophyse épineuse de C7, le traitement recommandé dans ce contexte est conservateur sous forme d'une immobilisation de la nuque durant deux à quatre semaines. S'agissant d'une atteinte sans gravité son évolution vers la guérison est logiquement favorable même dans les cas où s'est développée une pseudarthrose. Elle n'était donc plus impliquée désormais dans l'étiologie des cervicalgies alléguée par l'assuré. Le Dr E_____ a souligné qu'il était important que l'assuré reprenne le plus rapidement possible ses activités pour contrecarrer une évolution vers la chronicité. Il a estimé que la lésion dont il était porteur était parfaitement compatible avec l'exercice de son métier de plâtrier et que l'incapacité de travail de six mois avait été largement suffisante pour permettre la guérison de la fracture, en admettant qu'elle ait bien résulté de l'accident (pièce 22 SUVA). L'assuré a été déclaré apte au travail à plein temps dès le 1er septembre 2005 par la Dresse A_____. L'assuré a alors consulté le Dr F_____, médecin répondant à la permanence médico-chirurgicale des Acacias, qui a attesté d'une incapacité totale de travail au-delà du 1er septembre 2005 et qui a adressé l'assuré à l'hôpital cantonal. Le 12 octobre 2005, la SUVA a rendu une décision par laquelle elle a mis un terme au versement des prestations d'assurance au 31 août 2005, au motif que l'accident ne jouait plus de rôle dans les troubles présentés par l'assuré au-delà de cette date. Le 10 novembre 2005, l'assuré a formé opposition contre cette décision. Il a conclu à une non-consolidation du trait de fracture du processus épineux en C7. Il a par ailleurs allégué avoir opposé un refus à la Dresse A_____ qui lui avait demandé à deux reprises au cours de l'été d'effectuer des travaux de plâtrier dans sa maison, raison pour laquelle elle l'aurait remis au travail à 100% à la fin du mois d'août 2005. Par courrier du 8 décembre 2005, CONCORDIA a retiré son opposition provisoire et a accepté de prendre en charge le cas dès le 1er septembre 2005. Le 17 mai 2006, le Dr E_____ s'est livré à une nouvelle appréciation médicale (pièce 81 SUVA). Il a constaté que les radiographies de rachis cervical pratiquées les 1er juin 2005, 19 juillet 2005 et 13 février 2006 étaient identiques et

en a tiré la conclusion que la pseudarthrose était probablement ancienne et antérieure à l'accident de mars 2005, d'autant plus que le CT-scan montrait un remodelé du site de pseudarthrose soulignant son ancienneté (les berges de la pseudarthrose étaient denses, phénomène qui n'intervient en règle générale qu'après plusieurs mois d'évolution). En conséquence le Dr E_____ a persisté dans ses conclusions du 21 septembre 2005 et a par ailleurs émis l'avis que l'ablation du fragment pseudarthrosique était clairement contre-indiquée. Le 22 mai 2006, la SUVA a rendu une décision sur opposition par laquelle elle a confirmé sa décision du 12 octobre 2005 de mettre un terme aux prestations d'assurance avec effet au 31 août 2005. La SUVA s'est référée aux rapports du Dr E_____ des 21 septembre 2005 et 17 mai 2006. Elle a retenu qu'il n'était pas établi que la fracture de l'hypophyse épineuse de C7 ait été provoquée par l'accident du 24 mars 2005 et que, de toute façon, la fracture n'était plus impliquée dans l'étiologie des cervicalgies alléguée par l'assuré, une incapacité de travail de six mois étant largement suffisante pour permettre la guérison de la fracture si l'on admet que cette dernière a bien résulté de l'accident du 24 mars 2005. Par courrier du 20 septembre 2006, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il reproche à la SUVA de se fier exclusivement à l'avis du Dr E_____ et invoque l'avis de son médecin traitant, le Dr F_____. A l'appui de ses dires, l'assuré produit un courrier émanant du Dr F_____, daté du 6 septembre 2006, dans lequel ce médecin indique que les douleurs cervicales sont apparues postérieurement à l'accident et n'existaient pas auparavant, de sorte qu'il en tire la conclusion qu'elles sont consécutives à l'accident. Le 14 décembre 2006, le Dr G_____, chef de clinique, et le Dr H_____, médecin adjoint des HUG du département d'anesthésiologie, pharmacologie et des soins intensifs des HUG, ont établi un rapport aux termes duquel ils ont indiqué avoir reçu à la consultation le 31 octobre 2006 Monsieur M_____. Ils ont posé les diagnostics de cervicalgie sur pseudarthrose de l'apophyse épineuse C7, protrusion discale C6-C7 et C5-C6, et discopathie cervicale multi étagée C5-C6, sévère au niveau C6-C7. Le patient décrit la persistance de douleurs cervicales à gauche avec une irradiation jusqu'à la tête par moment, et au niveau paravertébrale gauche jusque dans la cuisse. La qualité du sommeil est perturbée. La marche et les mouvements de la tête augmentent la symptomatologie douloureuse. Le chaud la diminue. La douleur se péjore le soir en lien avec l'activité physique. Surviennent également des douleurs occipitales à gauche, heureusement brèves, avec des intensités insupportables. Durant la consultation le patient décrit une douleur à huit sur dix avec des minimas à quatre sur dix et des maxima à dix sur dix. Il a indiqué qu'une infiltration pratiquée au mois de mars avait amené un soulagement transitoire à distance de l'infiltration. Les médecins ont proposé d'introduire un traitement de Rivotril sur le plan médicamenteux pour ses qualités mio-relaxantes, antineurogènes et sédatives. Sur le plan physique ils ont préconisé la reprise d'une physiothérapie adaptée. (pièce 3 recourante). Le Dr I_____, chef de clinique à la consultation du rachis des HUG, a établi un rapport en date du 16 janvier 2007. Ce médecin a indiqué que la littérature médicale concernant les fractures isolées des apophyses épineuses est extrêmement pauvre et il a aussi indiqué qu'il était d'accord avec le Dr E_____ lorsque ce dernier relève qu'en principe on s'accorde sur le fait que l'évolution vers la pseudarthrose n'est en général pas source d'inquiétude. Le Dr I_____ conteste en revanche que l'évolution soit pour finir, asymptotique. Il relève qu'au moins un article sur la question a été publié et montre que parfois l'évolution de ces pseudarthroses est défavorable avec persistance de douleurs d'aspect mécanique ce qui correspond tout à fait à la symptomatologie de l'assuré. Il se réfère à l'article paru en juillet 1991 par HIRSCH. Il relève que le cas décrit dans cet article

a nécessité un traitement chirurgical de résection de l'apophyse épineuse non consolidée. Le Dr I_____ estime que l'argument avancé selon lequel la fracture est probablement ancienne au vu d'une sclérose des bords osseux est également sujet à discussion puisque le CT-scan n'a été effectué qu'au mois de juin 2005 c'est-à-dire trois mois après l'accident laissant ainsi, selon lui, le temps nécessaire à ce qu'une réaction scléreuse apparaisse comme dans tout processus de guérison osseuse. Le Dr I_____ tire argument du fait que l'assuré n'a souffert d'aucune cervicalgie avant l'accident d'une part et d'autre part sur le fait que des radiographies ont mis en évidence une lésion de C7 dont il lui paraît difficile de croire que la corrélation entre l'image radiologique et les symptômes soit uniquement du domaine de la coïncidence. Selon lui il est plus que probable que la lésion de C7 soit bien en rapport avec l'accident, que la symptomatologie actuelle de l'assuré soit en liaison avec cette pseudarthrose de C7. Les douleurs en hyperextension de la colonne cervicale ne font aucun doute et le médecin insiste sur le fait que si, en règle générale, ce type de fracture évolue favorablement il n'est pas exclu qu'une faible partie des patients reste symptomatique et puisse nécessiter finalement une chirurgie. Selon lui un argument supplémentaire est le fait que l'assuré a favorablement répondu à une infiltration locale de xylocaïne. S'agissant du métier de plâtrier qui exige des mouvements répétés en flexion et extension et en hyperextension de la colonne cervicale, le médecin a estimé qu'il n'était plus exigible de l'assuré et ceci pour une période encore indéterminée. Selon lui, on a suffisamment d'arguments cliniques et radiologiques pour raisonnablement supposer que les douleurs et leur intensité sont effectivement des conséquences logiques du traumatisme de l'accident. (pièce 5). Invitée à se prononcer la SUVA, dans sa réponse du 10 octobre 2006, a conclu au rejet du recours. Elle fait remarquer qu'il résulte des investigations médicales et radiologiques qu'à supposer que l'accident ait causé la fracture de l'apophyse épineuse de C7, ce qui n'est qu'une hypothèse, il apparaît en tout cas qu'une fracture de ce genre ne peut plus être impliquée dans l'étiologie des cervicalgies actuelles. Elle souligne que le Dr F_____, médecin traitant, ne fait que s'appuyer sur le principe post hoc ergo propter hoc. Dans cette mesure et pour autant que les prestations d'assurance-accidents aient été dues - ce dont la SUVA fait remarquer que cela peut être déjà discuté dans la mesure où le lien de causalité naturelle entre la fracture et l'accident n'a pu être établi au degré de la vraisemblance prépondérante -, l'intimée conclut que c'est à juste titre qu'elle y a mis fin au 31 août 2005. Par courrier du 14 novembre 2006, Me HEKIMI a indiqué se constituer pour la défense des intérêts de l'assuré. Le recours a été complété par écriture du 25 janvier 2007. Le recourant y conclut formellement à ce que des prestations lui soient accordées au-delà du 1er septembre 2005. Il allègue que, lors de l'accident, il a été victime d'un coup du lapin et qu'il s'est blessé à la tête en heurtant violemment le tableau de bord et le volant. Il affirme avoir immédiatement ressenti des douleurs à la tête et à la nuque, raison pour laquelle il s'est rendu chez son médecin le jour même. Le Dr A_____ a diagnostiqué un whiplash ou coup du lapin. Le recourant conclut à l'existence d'un lien de causalité naturelle avec l'accident. Il ajoute que la Dresse A_____ consultée dans les heures suivant l'accident, a constaté que les apophyses C1, C7 étaient sensibles à la palpation et que l'assuré présentait des vertiges et des céphalées. Il soutient que s'il avait présenté une fracture de l'apophyse épineuse de la cervicale avant l'accident, cela aurait entraîné des douleurs qui l'auraient empêché de travailler à 100 %, ce qui n'est pas le cas. Il fait remarquer que le scanner sur lequel le Dr E_____ se base pour expliquer que la fracture est ancienne puisque les bords de la pseudarthrose sont denses a été effectué trois mois après l'accident, soit le 20 juin 2005 seulement. Il en tire la conclusion que la thèse d'une fracture ancienne doit être

écartée. Quant à la thèse d'une malformation de type noyaux d'ossification non fusionnés, il estime qu'elle doit être également écartée car si tel avait été le cas, il aurait présenté des douleurs aux cervicales bien avant le jour de l'accident, ce qui n'est pas le cas. S'agissant du lien de causalité adéquat, le recourant fait valoir que l'accident dont il a été victime est tout à fait propre à causer une fracture de l'apophyse épineuse de C7 et que ce type de lésion évolue fréquemment vers une pseudarthrose. Contre l'avis du Dr E _____ – qui a retenu qu'en principe, on s'accorde dans la littérature médicale sur le fait que l'évolution vers la pseudarthrose n'est en général pas source d'inquiétude -, le recourant invoque l'avis du Dr I _____, lequel souligne qu'il existe au moins un article indiquant que, parfois, l'évolution des pseudarthroses est défavorable avec persistance de douleurs d'aspect mécanique, ce qui correspond tout à fait à la symptomatologie du recourant. Le recourant invoque une jurisprudence du Tribunal fédéral dans laquelle une fracture de l'apophyse épineuse survenue lors d'un accident d'un ski a entraîné une incapacité de travail de treize mois (ATF 118 II 333) ainsi qu'une jurisprudence émanant de la Cour du Québec dans laquelle une personne victime de l'apophyse épineuse lors d'une descente de glissade sur eau dans un parc aquatique a subi une incapacité de travail de 43 semaines et un traitement de chiropraxie d'une année. Il en tire la conclusion qu'il n'est pas rare qu'une fracture de l'apophyse entraîne une incapacité de travail de plus de cinq mois et que son cas est donc loin d'être isolé ou exceptionnel. Il ajoute que c'est à tort que la Dresse A _____ a estimé que son traitement devait être considéré comme terminé au 29 août 2005 puisque plusieurs mesures prises postérieurement ont permis de le soulager et d'apporter une amélioration notable de son état de santé. Pour le reste, le recourant fait remarquer que la SUVA ne l'a jamais avisé qu'il devait envisager une reconversion professionnelle et ne lui a pas non plus imparti de délai à cet effet de sorte qu'elle n'est pas en mesure de refuser ses prestations au motif qu'il aurait dû se recycler. A l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment produit les documents suivants : Dans un rapport daté de décembre 2006, le Dr G _____, chef de clinique, et le Dr H _____, médecin adjoint du département d'anesthésiologie, pharmacologie et des soins intensifs des HUG, ont indiqué avoir reçu le recourant en consultation le 31 octobre 2006. Ils ont posé les diagnostics de cervicalgies sur pseudarthrose de l'apophyse épineuse C7, protrusion discale C6-C7 et C5-C6, et discopathie cervicale multi étagée C5-C6, sévère au niveau C6-C7 (pièce 3 rec.). Le Dr A. I _____, chef de clinique à la consultation du rachis des HUG, a établi un rapport en date du 16 janvier 2007. Ce médecin a indiqué que la littérature médicale concernant les fractures isolées des apophyses épineuses est extrêmement pauvre et il a aussi indiqué qu'il était d'accord avec le Dr E _____ lorsque ce dernier relève qu'en principe on s'accorde sur le fait que l'évolution vers la pseudarthrose n'est en général pas source d'inquiétude. Le Dr I _____ conteste en revanche que l'évolution soit pour finir, asymptomatique. Il relève qu'au moins un article sur la question a été publié et montre que parfois l'évolution de ces pseudarthroses est défavorable avec persistance de douleurs d'aspect mécanique ce qui correspond tout à fait à la symptomatologie de l'assuré. Il se réfère à un article paru en juillet 1991 rédigé par HIRSCH & AL. Il relève que le cas décrit dans cet article a nécessité un traitement chirurgical de résection de l'apophyse épineuse non consolidée. Le Dr I _____ estime que l'argument avancé selon lequel la fracture est probablement ancienne au vu d'une sclérose des bords osseux est également sujet à discussion puisque le CT-scan n'a été effectué que trois mois après l'accident laissant ainsi, selon lui, le temps nécessaire à ce qu'une réaction scléreuse apparaisse comme dans tout processus de guérison osseuse. Le Dr I _____ tire argument du fait que l'assuré n'a souffert d'aucune

cervicalgie avant l'accident d'une part et que des radiographies ont mis en évidence une lésion de C7 dont il lui paraît difficile de croire que la corrélation entre l'image radiologique et les symptômes soit uniquement du domaine de la coïncidence d'autre part. Selon lui il est plus que probable que la lésion de C7 est bien en rapport avec l'accident, que la symptomatologie actuelle de l'assuré soit en liaison avec cette pseudarthrose de C7. Les douleurs en hyperextension de la colonne cervicale ne font aucun doute et le médecin insiste sur le fait que si, en règle générale, ce type de fracture évolue favorablement il n'est pas exclu qu'une faible partie des patients reste symptomatique et puisse nécessiter finalement une chirurgie. Il voit un argument supplémentaire dans le fait que l'assuré a favorablement répondu à une infiltration locale de xylocaïne. S'agissant du métier de plâtrier qui exige des mouvements répétés en flexion et extension et en hyperextension de la colonne cervicale, le médecin a estimé qu'il n'était plus exigible de l'assuré et ceci pour une période encore indéterminée (pièce 5 rec.). Dans sa réplique, la SUVA a maintenu sa position. L'intimée explique avoir soumis la prise de position des Drs I _____ et F _____ au Dr E _____ qui, dans une troisième appréciation datée du 16 février 2007, a réfuté l'opinion défendue par le recourant. Le Dr E _____ rappelle que même si l'on se trouve en présence d'une fracture, celle-ci peut être parfaitement asymptomatique et survenir sans sollicitation extérieure (fracture de fatigue). Il n'est donc pas déterminant du point de vue de l'examen de la causalité que les symptômes soient apparus après l'accident. En d'autres termes, le principe post hoc ergo propter hoc reste dépourvu de valeur probante même en présence d'une fracture. Le Dr E _____ observe également que l'analyse du Dr I _____ repose sur les éléments d'anamnèse contestables en particulier lorsqu'il retient l'existence d'une plaie à la tête et de douleurs cervicales immédiatement consécutives au choc. Il relève qu'une plaie à la tête - même si elle ne revêt pas de gravité particulière - saigne généralement beaucoup. Or, les gendarmes appelés pour faire le constat n'ont rien remarqué de tel puisqu'ils ont écrit dans leur rapport que le recourant avait été légèrement blessé suite à la collision et qu'il souffrait de la tête où siégeait une bosse selon l'assuré. Par ailleurs, l'assuré lui-même a indiqué au Dr C _____, médecin d'arrondissement à Genève, le 15 juillet 2005, que les cervicalgies étaient apparues plus tard. Le Dr E _____ fait remarquer que s'il y a comme en l'occurrence, chez le recourant une sclérose des berges, on n'évoque plus le diagnostic de fracture - retenu par le Dr I _____ - mais celui de pseudarthrose. Le Dr E _____ rappelle en outre que les premières radiographies qui ont permis de détecter la fracture (en réalité la pseudarthrose en l'absence de consolidation) ont été réalisées trois mois après l'accident et qu'il n'est dès lors pas possible de dire sur la base de cette imagerie si la pseudarthrose est contemporaine à l'accident. Il observe néanmoins, d'une part, que les facteurs générateurs d'un tel diagnostic ne sont pas nécessairement traumatiques et, d'autre part, que cette pseudarthrose s'est révélée dans son résultat final à trois mois seulement de l'accident. Quoi qu'il en soit, le Dr E _____ maintient que même si elle était d'origine traumatique, cette pseudarthrose ne peut pas expliquer les troubles actuels de l'assuré. Il relève en particulier que l'évolution d'une pseudarthrose est en règle générale très favorable et que la seule exception évoquée par la doctrine médicale sur laquelle se fonde le Dr I _____ pour soutenir le contraire n'est pas analogue au cas du recourant. En particulier les douleurs cervicales étaient immédiatement apparues, la fracture était multi-fragmentaire et enfin et surtout, il ne s'agissait pas de la même cervicale, ce qui est un élément déterminant compte tenu des sollicitations différenciées auxquelles sont soumises les régions proximales hélistales du rachis. Par ailleurs, le Dr E _____ explique que chez le recourant, on n'a observé dans

l'évolution radiologique aucun changement local depuis la première radiographie. Il en tire la conclusion qu'à l'époque de cette première radiographie déjà, on était confronté à un "résultat final" et que la fracture était donc ancienne, même s'il est impossible de la dater, en tout cas antérieure à l'accident. Quant à savoir pourquoi l'assuré n'a pas souffert de douleurs cervicales précédemment à l'accident, le Dr E_____ suggère deux réponses. Une fracture d'une apophyse épineuse de la jonction cervico-thoracique peut évoluer à bas bruit : il s'agit dans certains cas, d'une fracture lente ou dite de stress ou de fatigue et les symptômes qu'elle déclenche sont discrets voire parfois inexistantes, raison pour laquelle ils ne sont pas remémorés. Cette fracture peut être également à la source de douleurs aiguës au moment de sa survenance mais l'évolution est excellente, en toute règle générale même si elle se fait vers la pseudarthrose qui est de règle. En effet, la consolidation osseuse est plus rarement acquise sans qu'il ne faille s'inquiéter à ce propos. Par ailleurs, le Dr E_____ explique que la non fusion d'un noyau d'ossification ne fait pas mal. Des noyaux d'ossification apparaissent et fusionnent ou non au fil de la maturation dans diverses régions du squelette. Ils sont présents donc durant un certain laps de temps. L'enfant ou l'adolescent qui en est porteur n'en souffre pas. Il s'agit d'un phénomène biologique dont on peut suivre l'évolution sur les radiographies conventionnelles. Le Dr E_____ s'étonne que le Dr I_____, après avoir également constaté la pauvreté de la littérature médicale traitant des fractures et des pseudarthroses des apophyses épineuses du rachis cervical, ait malgré tout qualifié la conclusion du Dr E_____ selon laquelle l'évolution de ces atteintes est en toute règle très favorable de "parfaitement fausse". Le Dr E_____ relève que le Dr I_____ base son opinion sur un article de HIRSH & AL que lui-même avait cité dans sa première appréciation médicale. HIRSH & AL présentent le cas d'un patient qui leur a été adressé huit mois après un accident de la circulation qui avait provoqué une fracture multi fragmentaire de l'apophyse épineuse de C2. Le patient avait éprouvé depuis l'accident des douleurs de nuque s'exacerbant nettement en extension, ce qui le gênait particulièrement dans son activité de peintre en bâtiment. Les auteurs avaient opté pour l'exérèse du fragment. L'opération avait été couronnée de succès puisque le patient avait pu reprendre son ancienne activité professionnelle et que ses douleurs avaient disparu. Les auteurs ont considéré à la lumière de cette expérience isolée acquise en 1990 qu'une fracture d'une apophyse épineuse peut parfois produire des douleurs gênantes requérant un traitement chirurgical. Selon le Dr E_____, on ne peut cependant tirer la conclusion de ce seul exemple isolé que l'évolution de ce type de pseudarthrose est parfois défavorable, comme le fait le Dr I_____, d'autant que la littérature médicale est maigre et que les plus récentes des 17 références bibliographiques de HIRSH & AL remontent à 1982. D'ailleurs, HIRSH retient que les fractures isolées des apophyses épineuses et leurs séquelles (la pseudarthrose) ne constituent guère un sujet de préoccupation. Fondé sur son expérience, HIRSCH estime qu'une fracture de l'apophyse épineuse peut dans de rares cas demeurer symptomatique et requérir alors un traitement chirurgical. Le Dr E_____ fait remarquer que la dernière page de l'article de HIRSH ne corrobore pas forcément l'avis exprimé par le Dr I_____. En effet, le traitement proposé se limite au port d'une collerette mousse. Le traitement peut être repris 4 à 6 semaines plus tard, une pleine capacité de travail dans une activité physique très astreignante peut être retardée de 2 à 4 mois. Le Dr E_____ ajoute que le patient de HIRSCH n'est pas représentatif pour le cas présent dans la mesure où sa fracture était localisée dans la région proximale et non distale du rachis cervical. Il s'agissait en outre d'une fracture multi fragmentaire. Enfin, le Dr E_____ émet l'avis que le fait que l'infiltration de xylocaïne pratiquée par le Dr

K_____ ait entraîné un soulagement quasi complet des douleurs le lendemain de l'injection et pendant quelques jours est parlant. Il explique que la xylocaïne, que l'on peut injecter avec ou sans adjonction d'adrénaline, est un anesthésique local que l'on utilise couramment pour pratiquer par exemple une petite suture de plaie en urgence. Sa durée d'action est de quelques heures au maximum, de une à deux heures en moyenne. En conséquence, si le recourant a réagi à l'application de xylocaïne après un jour d'intervalle par un amendement de ses douleurs supposées provenir de la pseudarthrose de l'apophyse de C7, ce phénomène ne peut en aucun cas s'expliquer par l'action de l'anesthésique local puisque ce produit avait alors été éliminé depuis longtemps : dans le compendium suisse des médicaments, la durée de demi-vie de la xylocaïne indiquée est de 90 à 100 minutes : l'adjonction d'adrénaline permet une prolongation de sa durée d'action jusqu'à cinq heures au maximum. Le Dr E_____ voit dans ce phénomène un puissant effet placebo. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 10 janvier 2008 au cours de laquelle ont été entendus les Drs I_____ et E_____. Ces deux médecins ont répondu de la manière suivante : Dr I_____ Compte tenu du fait que le traumatisme que m'a décrit l'assuré paraissait apte à avoir causé les lésions, que la symptomatologie est apparue postérieurement à l'accident et que les images montraient une fracture non consolidée de l'épineuse, j'ai estimé qu'il y avait un lien de causalité avec l'accident et que la fracture était postérieure à ce dernier. Dr E_____ Sur ce point je diverge, comme sur plusieurs autres. Tout d'abord je fais remarquer que ce n'est pas moi, en tant que chirurgien orthopédique, qui doit me prononcer sur les aspects biomécaniques d'un accident. C'est à un biomécanicien qu'il revient d'analyser le mécanisme vulnérant en cas du coup du lapin par exemple et de répondre à la question de savoir si les symptômes s'expliquent par ce mécanisme. Dans le cas de l'assuré, il me paraît discutable de conclure à une fracture accidentelle pour les raisons suivantes : - le mécanisme accidentel était atypique (il n'y a pas eu de choc par l'arrière) - il n'y a pas eu de douleurs cervicales localisées. A cet égard, je fais remarquer que la doctoresse J_____ a procédé à des radios suite à des douleurs diffuses et tardives. C'est ce qui me paraît être le point décisif. - les radios qui ont certes été effectuées environ 3 mois après l'accident montrent plus une pseudarthrose évoluant de longue date. - l'absence de symptômes aigus indiquant une fracture. Dr I_____ Je n'ai pas vu le patient immédiatement après l'accident de sorte que je ne peux que me baser sur ses dires. Or, il m'a indiqué avoir ressenti des douleurs immédiatement après. Je ne dispose certes pas d'une formation en biomécanique mais j'en ai cependant quelques notions. Je fais remarquer que les temps d'apparition d'une pseudarthrose varient énormément d'un site à l'autre. Dans la littérature on parlait en règle générale d'un laps de temps de 6 mois d'évolution mais la littérature récente est plus souple. Tout cela pour dire que je n'exclus pas que l'image radio pratiquée trois mois après l'accident ne soit une pseudarthrose. Dr E_____ Je répète que sur les radios, sur les deux berges de la fracture, on constate une grosse réaction de sclérose qui ne peut que se développer au fil des mois. C'est la raison pour laquelle, dans le cas du recourant, la conclusion d'une fracture me paraît farfelue à moins de conclure à une pseudarthrose ultra rapide qui se serait développée en 3 mois. Je n'ai jamais eu connaissance d'un tel cas. Par ailleurs, le cas évoqué par HIRSH et AL concerne un autre contexte anatomique puisqu'il s'agit dans ce cas d'une fracture en C2 (et non en C7) et qu'il s'agissait d'une fracture multi fragmentaire. Dr I_____ C'est vrai, mais les auteurs précisent également que les deux localisations les plus fréquentes pour ce type de fracture sont D1 et C7. Quant à la localisation des douleurs, il ne s'agit pas pour moi d'un argument. En effet, des lésions cervicales peuvent irradier dans des endroits où on ne les attendrait pas. Je ne

m'étonne dès lors pas que l'assuré ait dit souffrir de céphalées irradiant dans l'occiput. D'ailleurs, à la palpation, C7 était douloureuse. Dr E_____ Il est vrai qu'en cas de pathologie cervicale haute, il peut y avoir céphalées mais le cas dont nous parlons ici concerne la partie basse. Je rappelle qu'en cas de fracture - qu'elle soit aigue ou de fatigue - la symptomatologie est la suivante : une douleur locale irradiant dans les épaules et non vers la tête. Dr I_____ Etant précisé que les premières radios ont été effectuées environ 6 semaines après l'accident, j'estime qu'il n'est pas exclu qu'une sclérose ait pu se développer dans ce laps de temps. Dr E_____ Tout est possible évidemment. Il n'en demeure pas moins que la morphologie de l'apophyse épineuse telle que révélée par le CT SCAN, montre un phénomène de façonnement permettant d'évoquer deux possibilités à mon sens : une pseudarthrose ancienne bien adaptée ou une affection "congénitale". Dans le cas du recourant, j'ai opté pour la première. Je rappelle par ailleurs que même si l'on opte pour l'hypothèse de la fracture, celle-ci aurait dû rapidement se révéler asymptomatique. Dr I_____ Même si l'on est en présence d'une ancienne pseudarthrose, il m'apparaît possible qu'elle ait été décompensée par l'accident. Dr E_____ Même si on part du principe que l'accident peut avoir décompensé la pseudarthrose, il n'en demeure pas que la symptomatologie devrait être la même et les douleurs localisées ainsi que je l'ai expliqué plus haut. Une pseudarthrose ne guérit pas mais fini toujours par devenir asymptomatique. Dr I_____ Une IRM a été pratiquée mais n'a permis de mettre en évidence aucun élément majeur permettant d'expliquer la symptomatologie. Je n'ai pas d'argument scientifique pour expliquer l'effet de la xylocaïne. Peut être s'agit il effectivement d'un effet placebo ou d'un effet de "lavage local des substances responsables des douleurs". S'agissant de l'éventualité d'intervenir chirurgicalement dans le cas présent, j'explique que doit être également pris en compte le contexte socioprofessionnel. J'entends par là que quelqu'un en litige et donc moralement affecté peut voir sa capacité de surmonter la chirurgie diminuée. Je n'ai pas souvenir d'avoir eu connaissance des pièces du dossier de la SUVA. S'agissant de la manière dont est survenu l'accident, je me suis basé sur les explications du recourant, dont je n'arrive plus à me souvenir aujourd'hui." Dans ses écritures après enquêtes du 7 février 2008, l'intimée a maintenu que selon elle, il reste invraisemblable que les troubles décrits par le recourant soient en lien de causalité avec l'accident. La SUVA relève notamment que si les deux médecins s'accordent à reconnaître une importante sclérose des berges de la fracture, ils divergent quant aux conclusions qu'il faut en tirer puisque le Dr E_____ estime que le développement de cette sclérose est trop important pour être rattaché à l'accident survenu dix semaines plus tôt et en tire la conclusion que la fracture est donc antérieure à l'accident alors que le Dr I_____ admet qu'en principe le laps de temps évoqué par la doctrine médicale pour le développement d'une telle sclérose est de six mois. Il précise toutefois qu'une certaine souplesse est admise par la doctrine plus récente, permettant ainsi d'admettre la compatibilité de la sclérose avec l'accident. Cela étant, le Dr I_____ n'apporte aucun élément permettant de considérer qu'un délai de trois mois, inédit pour le Dr E_____, serait suffisant. Par ailleurs, même en l'assortissant d'une certaine souplesse, le délai de six mois évoqué par le Dr I_____ reste difficilement compatible avec celui de dix semaines qui s'est écoulé dans le cas présent. Quant à l'argument du Dr I_____ selon lequel une pseudarthrose préexistante aurait pu peut-être exister et aurait été possiblement décompensée par l'accident, cela relève de la pure hypothèse, dépourvue de toute valeur probante puisqu'elle a été clairement écartée par le Dr E_____ au regard de l'anamnèse. La SUVA en tire la conclusion que les hypothèses défendues par le Dr I_____ ne sont pas plus vraisemblables que celles

exposées par le Dr E_____, pas plus que la troisième, variante anatomique, évoquée par le Prof. D_____, de sorte qu'il faut admettre que l'origine traumatique du trait de fracture de l'apophyse épineuse de C7 n'a pas été établie à suffisance de droit. En second lieu, la SUVA fait valoir que même l'assuré a été victime d'une fracture fraîche de l'apophyse, celle-ci n'aurait pas déployé les effets décrits. A une seule exception près, relevée par HIRSH & AL, mais dans un cas à plusieurs égards différents de celui du recourant, une fracture ou une pseudarthrose de l'apophyse épineuse C7 devient asymptomatique d'elle-même et dans de relativement brefs délais. Le Dr I_____ ne l'a pas contesté, mais a discuté la transposition du cas de HIRSCH au recourant. Dans cette discussion relativement théorique, le Dr I_____ n'a toutefois livré aucun argument scientifique ou doctrinal permettant de fonder l'analogie qu'il défend, de sorte que cette dernière ne peut être tenue pour vraisemblable. Quant au recourant, dans ses écritures après enquêtes du 8 février 2008, il a également persisté dans ses conclusions. Il a demandé préalablement que soit ordonnée une expertise afin de déterminer si l'accident est propre à causer une fracture de l'apophyse épineuse de C7 et si la non-consolidation de cette fracture est la cause de la symptomatologie. Quant au fond, il a conclu à l'annulation de la décision litigieuse. Il relève que le Dr E_____ a reconnu qu'il ne lui appartenait pas, en tant que chirurgien orthopédique, de se prononcer sur les aspects biomécaniques d'un accident, l'analyse de ceux-ci relevant de la compétence d'un biomécanicien. Il allègue par ailleurs qu'il est inexact d'affirmer qu'il y aurait eu absence de tout choc par l'arrière lors de l'accident. Il se réfère au rapport d'accident du 24 mars 2005 qui indique que le flanc arrière gauche du véhicule a été endommagé. Il souligne avoir consulté le Dr J_____ le jour-même de l'accident, qui a constaté à la palpation des épineuses C1-C7 sensibles, une limitation de l'extension de la nuque et de la rotation, ainsi que des vertiges et des céphalées. L'assuré conteste n'avoir ressenti des douleurs à la nuque que quelques jours ou semaines suite à l'accident. Il considère que l'accident dont il a été victime est propre à causer une fracture de l'apophyse épineuse C7. Il conteste l'affirmation selon laquelle il n'y a eu aucun changement depuis la première radiographie et se base sur le rapport du Dr BATTHIKA du 22 juillet 2005. Le médecin y fait état d'un cal soudant partiellement les deux fragments et indique que le trajet fracturaire paraît plus comblé. Le recourant conteste qu'il puisse s'agir là d'une fracture ancienne, c'est-à-dire antérieure à l'accident, et allègue à cet égard que le Dr E_____ fonde son appréciation sur un modèle expérimental de pseudarthrose pratiqué sur le radius d'animaux que l'on ne peut transposer sans autre à des sujets humains. Il souligne par ailleurs que le Dr I_____ a indiqué que les temps d'apparition d'une pseudarthrose varient énormément d'un site à l'autre. Enfin, il fait valoir que selon les Drs J_____, D_____ et I_____, il n'y a pas d'autre élément que la non-consolidation de la fracture de C7 qui pourrait entrer en considération pour expliquer sa symptomatologie. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Déposé dans les forme et délai légaux, le recours est recevable, de sorte qu'il convient d'entrer en matière. La LPGA est entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Dans la mesure où le trouble présentement en cause peut ouvrir droit à des prestations pour la période à compter du 23 février 2006, il y a lieu d'examiner le

cas à l'aune du nouveau droit (ATF 130 V 329). Le litige porte sur le point de savoir si le recourant, suite à l'accident survenu en date du 24 mars 2005, a droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 août 2005. 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. 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. 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, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 355 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références). Celui qui prétend des prestations de l'assurance-accidents doit apporter la preuve, selon la vraisemblance requise, que les conditions de l'accident sont réunies, donc également que l'accident constitue la cause naturelle de l'atteinte à la santé (ATFA non publié du 13 juin 2006, U 354/05, consid. 4.1). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. 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 352 ss consid. 3 et les références). Ainsi, s'agissant de la valeur probante des 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Quant aux avis et expertises émis par les médecins des assureurs, le Tribunal fédéral des assurances a estimé que le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait qu'un médecin est lié à

l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). En l'espèce, l'intimée s'est basée sur l'avis du Dr E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a indiqué pencher pour l'hypothèse d'une pseudarthrose de l'apophyse épineuse de C7, résultant d'une fracture par fatigue ou de la maladie dite des terrassiers, antérieure à l'accident. Le recourant, invoquant l'avis du Dr I_____, conclut quant à lui à une fracture résultant directement de l'accident. Le Dr E_____ a retenu en défaveur de cette thèse le fait que le patient n'ait pas immédiatement souffert de douleurs cervicales. Cela est certes corroboré par le fait que le rapport de police ne parle que de douleurs à la tête, mais il est vrai que la Dresse A_____ a mentionné que les vertèbres cervicales étaient douloureuses à la palpation dès la première consultation. Plaide de manière bien plus convaincante contre l'hypothèse de la fracture consécutive à l'accident, le fait que les premières radiographies montrent une sclérose des berges. S'il est vrai que ces radiographies ont été pratiquées seulement trois mois après l'accident, il n'en demeure pas moins qu'elle n'a pratiquement pas évolué depuis lors, de sorte que l'on peut en conclure qu'il est fort probable que la fracture était ancienne, d'autant plus que le CT-scan a mis en évidence un remodelé du site de pseudarthrose soulignant son ancienneté (les berges de la pseudarthrose étaient denses, phénomène qui n'intervient en règle générale qu'après plusieurs mois d'évolution). Il paraît donc vraisemblable que la fracture, même s'il est impossible de la dater avec précision, soit antérieure à l'accident. L'argument de l'assuré selon lequel il n'a jamais souffert de cervicalgies avant l'accident ne saurait suffire en soi pour établir un lien de causalité naturelle. A cet égard, il convient de rappeler qu'en vertu d'une jurisprudence bien établie, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 341 sv. consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv. consid. 3b; arrêt A. du 31 juillet 2001 [U 492/00] consid. 3c). C'est en effet essentiellement à la lumière des renseignements d'ordre médical qu'il convient de trancher la question de la causalité naturelle, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Quant à savoir pourquoi l'assuré n'a pas souffert de douleurs cervicales précédemment à l'accident, le Dr E_____ suggère d'ailleurs qu'il pouvait s'agir soit d'une fracture lente ou dite de stress ou de fatigue, dont les symptômes sont discrets voire parfois inexistantes, raison pour laquelle ils ne sont pas remémorés, soit de la non-fusion d'un noyau d'ossification évoquée par le Prof. D_____, laquelle ne fait pas mal. Des noyaux d'ossification apparaissent et fusionnent ou non au fil de la maturation dans diverses régions du squelette. Ils sont présents donc durant un certain laps de temps. L'enfant ou l'adolescent qui en est porteur n'en souffre pas. Il s'agit d'un phénomène biologique dont on peut suivre l'évolution sur les radiographies conventionnelles. Sur la question de savoir si l'atteinte de la vertèbre C7 est ou non consécutive à l'accident, force est de constater que les appréciations des Drs E_____ et I_____ divergent. Cependant, l'avis du Dr E_____ paraît plus convaincante, dans la mesure où, même si les temps d'apparition d'une pseudarthrose varient énormément d'un site à l'autre, comme l'a affirmé le Dr I_____, ce dernier a reconnu que, dans la littérature, on parle en règle générale d'un laps de temps de six mois. Or, en l'occurrence, seules dix semaines se sont écoulées entre l'accident et les premières radiographies, laps de temps qui paraît bien trop court pour qu'une pseudarthrose puisse se développer. Cependant, ordonner une nouvelle

expertise sur ce point apparaît inutile. En effet, les radiographies ont d'ores et déjà également été soumises à un troisième expert, le Prof. D _____, qui a émis l'avis qu'il était impossible de trancher formellement a posteriori. Quoi qu'il en soit, la question de savoir si l'on est en présence d'une fracture occasionnée par l'accident peut rester ouverte dans la mesure où, même si l'on admet que l'atteinte est d'origine traumatique, cette pseudarthrose ne peut expliquer les troubles actuels de l'assuré. En effet, ainsi que l'a relevé le Dr E _____, l'évolution d'une pseudarthrose est en règle générale très favorable. L'avis du Dr I _____, qui se fonde sur une seule exception évoquée par la doctrine médicale ne saurait dès lors permettre de tirer la conclusion, comme le fait le recourant, qu'il "n'est pas rare qu'une fracture de l'apophyse entraîne une incapacité de travail de plus de cinq mois". D'autant que le cas exposé dans la doctrine n'est pas similaire. Le Dr E _____ a expliqué à cet égard que le type de fracture n'était pas le même et surtout, qu'il ne s'agissait pas de la même cervicale, ce qui est un élément déterminant compte tenu des sollicitations différenciées auxquelles sont soumises les régions proximales hélistales du rachis. On ne peut donc que donner raison au Dr E _____ lorsque ce dernier soutient que l'on ne peut tirer la conclusion de ce seul exemple isolé que l'évolution de ce type de pseudarthrose est parfois défavorable, d'autant plus que la littérature médicale est maigre et que les plus récentes des 17 références bibliographiques de HIRSH & AL remontent à 1982. D'ailleurs, l'auteur de l'article lui-même reconnaît que ce n'est que dans de rares cas qu'une fracture de l'apophyse épineuse peut demeurer symptomatique et requérir alors un traitement chirurgical et que dans de tels cas, une pleine capacité de travail dans une activité physique très astreignante peut être retardée de 2 à 4 mois. A supposer donc que l'accident ait causé la fracture de l'apophyse épineuse de C7, il apparaît en tout cas qu'une fracture de ce genre ne peut plus être impliquée dans l'étiologie des cervicalgies actuelles puisque le traitement recommandé dans ce contexte consiste en une immobilisation de la nuque durant deux à quatre semaines. En conséquence, étant rappelé que l'on doit examiner 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), force est de constater en l'espèce que le laps de temps de cinq mois durant lequel l'intimée a alloué des prestations à l'assuré est largement suffisant pour permettre la guérison de la fracture et la disparition des symptômes. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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); 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 Yaël BENZ La présidente Karine STECK 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.