

# GE\_GERICHTE A/4082/2013 vom 23. Dezember 2014

GE Cour de justice, 2014-12-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4082\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4082_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/4082/2013 du 23 décembre 2014

IT: GE\_GERICHTE A/4082/2013 del 23 dicembre 2014

## Erwägungen

### E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à ARTEMARE, FRANCE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GERBER Juliette recourant contre VAUDOISE GENERALE, sise place de Milan, LAUSANNE intimée EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en \_\_\_\_\_ 1963, était employé comme agent de vente par la société B\_\_\_\_\_ AG à Meyrin et affilié par le biais de cet employeur contre le risque d'accidents auprès de la Vaudoise générale compagnie d'assurances SA (ci-après l'assureur-accidents) lorsque, le 4 avril 2013, il a été victime d'un accident de circulation. Dans sa déclaration d'accident du 10 avril 2014, l'assuré a expliqué que, n'ayant pas vu le véhicule s'arrêter devant lui, il l'avait percuté à environ 45-50 km/h. Les parties du corps décrites comme atteintes étaient les lombaires, les dorsales et les cervicales. S'en est suivi une incapacité de travail à 100% depuis le 4 avril 2013.

2. Dans un rapport du 12 avril 2013, le Professeur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que l'assuré avait souffert depuis décembre 2012 de douleurs de type lombosciatalgiques droites ; il avait été traité par anti-inflammatoires ; une imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée en janvier 2013 avait mis en évidence une hernie discale L3-L4 médiane, avec un canal lombaire étroit, une rectitude de la colonne lombaire, de multiples séquelles d'une maladie de Scheuermann, une hernie discale médiane L3-L4 venant renforcer une protrusion disco-ostéophyttaire diffuse et provoquant un canal lombaire étroit de grade C, sans arthrose interapophysaire postérieure. Le patient avait pu continuer à travailler et son état s'était progressivement amélioré jusqu'à l'accident du 4 avril 2013, qui avait provoqué une exacerbation des douleurs, avec une irradiation non plus seulement du côté droit mais bilatérale, ce qui a entraîné un arrêt de travail à 100%. Le 12 avril 2013, date du rapport, le patient souffrait encore de douleurs au niveau scapulaire bilatéral, inter-scapulaire médial, en barre au niveau L3 (lombaires basses), ainsi que sur la face latérale des jambes, sur la face postérieure des mollets et au niveau des cuisses. Le médecin a supposé d'importantes contractures musculaires, probablement réactionnelles, ainsi qu'une importante irritation radiculaire. Le Prof. C\_\_\_\_\_ a conclu à une irritation neurologique bilatérale prédominant nettement du côté droit, au niveau du territoire L4-L5 et S1, pouvant correspondre à une péjoration du canal lombaire étroit suite à l'accident.

3. Dans un rapport ultérieur du 16 avril 2013, le Prof C\_\_\_\_\_, après avoir procédé à une nouvelle IRM de la colonne lombaire, le 15 avril 2013, et l'avoir comparée avec celle du 4 janvier, a indiqué ne mettre en évidence aucune nouvelle fracture vertébrale ni nouveau conflit disco-radiculaire. Il a retrouvé une hernie discale médiane L3-L4 provoquant le canal lombaire étroit de grade C identique à ce qu'il était sur l'ancien examen. Ce qu'il y avait de nouveau par rapport à l'ancien examen était une décompensation congestive arthrosique zygapophysaire postérieure L4-L5 et L5-S1 bilatérale pouvant expliquer la symptomatologie du patient. Le médecin a exclu toute

lésion traumatique osseuse. 4. Dans un second rapport du même jour, le Prof. C\_\_\_\_\_ a confirmé qu'étant donné l'absence de lésion osseuse contusionnelle traumatique fracturaire et l'absence de décompensation du canal lombaire étroit, la symptomatologie venait de la décompensation congestive arthrosique zygapophysaire postérieure L4-L5 L5-S1 bilatérale. Une composante de la symptomatologie était probablement aussi due au canal lombaire étroit L3-L4 ou à la hernie discale médiane, provoquant une sténose canalaire de grade C. 5. Le Prof. C\_\_\_\_\_ a procédé le 25 avril 2013 à une infiltration facettaire L5-S1 bilatérale qui a permis une disparition quasi totale des douleurs lombaires basses quinze minutes après la procédure, avec persistance de discrètes lombalgies pouvant être dues au syndrome facettaire sus-jacent. 6. Une seconde infiltration a eu lieu le 3 mai 2013, avec les mêmes résultats. 7. Dans un rapport du 22 mai 2013, le Prof. C\_\_\_\_\_ a confirmé qu'après les infiltrations facettaires, le patient avait été soulagé de manière partielle au niveau de ses douleurs lombaires et sur les faces latérales des cuisses. Mais la seule infiltration ayant eu un effet tout à fait positif était l'épidurale antérieure L3-L4, avec une disparition quasiment complète de toute la symptomatologie au niveau des territoires L5 et L4 pendant environ deux jours. Le médecin en a tiré la conclusion que la symptomatologie du patient était plutôt due à son canal lombaire étroit, avec une contrainte au niveau radiculaire L4 et L5. Une partie de la symptomatologie était probablement due aux poussées congestives arthrosiques zygapophysaires postérieures, raison pour laquelle il a préconisé la consultation d'un neurochirurgien pour évaluer s'il y avait une indication opératoire à faire une décompression canalaire lombaire. 8. Le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, dans un rapport du 30 mai 2013, a conclu à une claudication neurogène et syndrome radiculaire irritatif L4-L5 droit sur canal lombaire étroit prédominant en L3-L4 associé à une hernie discale L3-L4 médiane paramédiane droite. Compte tenu de l'échec du traitement conservateur, le chirurgien a préconisé une décompression microchirurgicale du canal lombaire étroit. 9. L'assurance a alors soumis le cas à son médecin-conseil, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui, le 18 septembre 2013, a émis l'avis que l'accident de la circulation tel que décrit par l'assuré ne pouvait expliquer des lombalgies persistant plus de cinq mois. Il a relevé que les investigations complémentaires mettaient en évidence un canal lombaire étroit déjà investigué en janvier 2013, soit trois mois avant l'accident, et qu'à l'IRM du 15 avril 2013, le Prof. C\_\_\_\_\_ avait retrouvé la petite hernie discale L3-L4 venant renforcer la protrusion disco-ostéophytaire. Le Dr E\_\_\_\_\_ a émis l'opinion que si le traumatisme pouvait décompenser une arthrose postérieure L4-L5 L5-S1 bilatérale, cette décompensation traumatique devait être limitée dans le temps. Il a par ailleurs indiqué que l'assureur ne devait pas intervenir pour la décompression du canal lombaire étroit. 10. Dans un rapport du 20 septembre 2013, la Dresse F\_\_\_\_\_, neurochirurgien, a indiqué que l'IRM lombaire montrait un rétrécissement canalaire central et latéral sévère congénital avec une brièveté pédiculaire constitutionnelle en L3-L4 et L4-L5, associée à un débord discal foraminal et extra-foraminal gauche en L4-L5 ainsi qu'une protrusion médiane L3-L4 ponctuelle. Dans son rapport, ce médecin affirme que le patient n'avait aucune doléance avant l'accident et en tire la conclusion que certes, il y a un rétrécissement du canal de façon congénitale mais qu'il est évident que l'accident a manifestement été assez violent pour décompenser ce canal étroit constitutionnel avec, probablement, la réalisation d'une petite hernie discale médiane L3-L4 de façon associée. 11. Dans un nouvel avis émis le 28 octobre 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a

relevé que le rapport initial du Prof. C\_\_\_\_\_ retenait le diagnostic de canal lombaire étroit L3-L4 sur hernie discale et inflammation des articulations postérieures L4-L5 et L5-S1 bilatérale. Il a expliqué qu'il s'agissait-là de la décompensation d'une situation qui était stable. Il a relevé que le Dr D\_\_\_\_\_ ne prévoyait pas d'intervenir sur les poussées congestives arthrosiques zygapophysaires mais sur le canal lombaire étroit et la hernie discale L3-L4 investiguée et diagnostiquée plusieurs mois avant l'accident.![endif]>![if>

12. Dans un rapport complémentaire du 23 janvier 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a assuré avoir pris en compte le rapport du Prof. C\_\_\_\_\_ du 16 avril 2013 dans son appréciation. Il a expliqué que la décompensation congestive arthrosique zygapophysaire était une inflammation qui peut être d'origine traumatique comme dans le cas d'espèces ou arthrosique. Son traitement consiste en repos et prise d'anti-inflammatoires et n'est en aucun cas chirurgical.![endif]>![if>

Quant à l'arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1, bilatérale, elle est d'origine exclusivement congénitale et dégénérative. Le médecin relève enfin que, durant son intervention, la Dresse F\_\_\_\_\_ a procédé à une décompression de la sténose lombaire - qui est en partie congénitale et en partie arthrosique. 13. Par décision du 30 septembre 2013, l'assureur-accidents, se référant à l'avis de son médecin-conseil selon lequel les atteintes d'origine malade préexistantes à l'accident avaient été seulement décompensées momentanément, tout au plus durant quelques semaines, a informé l'assuré qu'il considérait qu'il n'existait plus de rapport de causalité entre l'accident du 4 avril 2013 et les troubles persistant au niveau de son dos. Il était mis un terme à la prise en charge dès le 30 septembre 2013.![endif]>![if>

14. Par courrier du 14 octobre 2013, complété le 21 octobre, l'assuré s'est opposé à cette décision en alléguant en substance qu'il existait bel et bien un rapport de cause à effet entre l'accident et son dommage puisque, sans cet événement, l'atteinte ne serait pas survenue de la même manière ou à la même époque.![endif]>![if>

15. Par décision du 19 novembre 2013, l'assureur-accidents a confirmé celle du 30 septembre 2013.![endif]>![if>

Se référant une nouvelle fois à l'avis de son médecin-conseil, l'assureur-accidents a considéré que les examens de la colonne lombaire pratiqués avant l'accident démontraient la présence d'atteintes dégénératives importantes préexistantes à l'accident, notamment une hernie discale médiane L3-L4 provoquant un canal lombaire étroit de grade C. L'assuré avait souffert depuis décembre 2012 déjà de douleurs de type lombosciatiques à droite pour lesquelles il était traité par anti-inflammatoires avec une amélioration progressive lorsqu'était survenu l'accident de la circulation assuré ; les douleurs s'étaient alors exacerbées, avec une irradiation non plus seulement du côté droit, mais bilatérale. L'assurance a également invoqué la jurisprudence selon laquelle, en matière de lombosciatalgies ou de lombalgies et en l'absence d'aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après trois ou quatre mois. En l'espèce, l'assureur a considéré que l'accident n'avait que réactivé une pathologie déjà connue et non traumatique pour laquelle le statu quo sine avait été retrouvé après trois ou quatre mois. 16. Par écriture du 16 décembre 2013, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.![endif]>![if>

En substance, il se réfère à l'avis du Prof. C\_\_\_\_\_ et allègue que l'accident a eu pour conséquence l'apparition d'une sténose canalaire en L4-L5 qui n'était pas présente lors du premier examen. Il invoque également l'avis du Dr D\_\_\_\_\_, dont il tire la conclusion que la souffrance irritative au niveau L5 n'était pas présente avant l'accident. 17. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 28 janvier 2014, a conclu au rejet du recours.![endif]>![if>

En substance, l'intimée fait valoir que le problème étant essentiellement de nature médicale, il convient de se référer à l'appréciation du Dr E\_\_\_\_\_, dont elle souligne qu'il a pris en compte le rapport du Prof. C\_\_\_\_\_, puisqu'il a admis que

la décompensation congestive arthrosique zygapophysaire postérieure L4-L5 et L5-S1 bilatérale (non mentionnée dans le rapport d'IRM du 4 janvier 2013) était d'origine traumatique. Or, le Dr E\_\_\_\_\_ a expliqué qu'une congestion est une inflammation, en l'espèce d'origine traumatique traitée durant quelques mois par du repos et des anti-inflammatoires. 18. Dans sa réplique du 21 mars 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions en demandant que soit mise sur pied une expertise médicale.![endif]>![if> Il reconnaît que, quelques mois avant l'accident, ont été détectées : une rectitude de la colonne lombaire, des séquelles d'une maladie de Scheuermann, ainsi qu'une hernie discale médiane L3-L4 venant renforcer une protrusion disco-ostéophytaire diffuse et provoquant un canal lombaire étroit significatif. Il allègue qu'en revanche, l'IRM pratiquée avant l'accident n'avait pas montré de sténose canalaire en L4-L5. Le recourant rappelle avoir dû, en raison des nouveaux diagnostics (décompensation congestive arthrosique zygapophysaire L4-L5 et L5-S1 et syndrome radiculaire irritatif L5 droit), recourir à la chirurgie le 12 novembre 2013 (lamino-arthrectomie de L4 et de L5 gauche). Le recourant souligne que cette opération a porté sur le segment L4-L5 et non sur le segment L3-L4. Il en tire la conclusion que les atteintes constatées avant l'accident ne sont indubitablement pas les mêmes que celles qui l'ont suivi puisqu'en janvier 2013, il n'existait aucune pathologie relative au segment L4-L5. 19. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 15 mai 2014. ![endif]>![if> Le recourant a expliqué avoir commencé à souffrir en novembre-décembre 2012 de raideurs dorsales matinales. Comme son travail de représentant implique le parcours de 400 à 500 km par jour, ainsi que le port d'une valise de près de 18 kg, il a consulté un médecin pour procéder à un contrôle. Une première IRM pratiquée en janvier 2013 a montré un canal étroit ainsi qu'une petite hernie. Le 4 avril 2013, est survenu l'accident assuré. Selon le recourant, le choc a été très violent puisque les deux véhicules ont été détruits. Le recourant dit avoir immédiatement ressenti une douleur violente au niveau de l'abdomen et du torse puis au niveau du bas du dos, du bassin et jusque dans les pieds. Une nouvelle IRM a été pratiquée le 16 avril 2013, qui a montré, outre les atteintes précédemment mises en évidence, une sténose canalaire, dont le médecin lui a expliqué qu'il s'agissait d'une décompensation due au choc. L'opération finalement pratiquée le 13 novembre 2013 a permis une diminution des douleurs mais l'assuré reste incapable de marcher plus de cent mètres, de se pencher en avant, de porter des charges, et doit faire attention à chacun de ses mouvements. Le recourant a souligné que jamais il n'avait été question d'une intervention avant l'accident. 20. Le 6 juin 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions.![endif]>![if> A l'appui de sa position, il a produit un compte rendu d'hospitalisation du 4 mars 2014, un bilan radiologique de l'épaule droite et une échographie faisant mention d'un bilan osseux sans particularité, d'un petit épanchement le long du tendon du long biceps, sans signe de tendinopathie, d'une intégrité des tendons sus et sous-épineux avec néanmoins des éléments parlant en faveur d'une tendinopathie et d'une petite bursite sous-acromiale (cf. rapport du 17 avril 2014) ainsi qu'une radiographie de l'épaule et échographie de l'épaule gauche faisant mention d'un bilan osseux sans particularité, mais d'un petit épaissement de la bourse sous-acromio-deltaïdienne dans sa partie antérieure, évoquant une petite bursite avec possible conflit sous-acromial (cf. rapport du 19 avril 2014). 21. Le 25 juillet 2014, l'intimée s'est déterminée à son tour en faisant remarquer que les pièces médicales produites par l'assuré faisaient état de la situation actuelle et n'apportaient aucun élément quant au rapport de causalité naturelle entre les troubles présentés par le recourant et l'accident du 4 avril 2013.![endif]>![if> 22. Pour le surplus, l'intimé a produit un nouvel avis du Dr E\_\_\_\_\_, du 24 juillet 2014.![endif]>![if>

Le médecin y explique que, lors d'un accident de voiture en position assise, la colonne lombaire est de toute façon bien protégée, de sorte que seul un ébranlement vertébral peut être causé. Il en tire la conclusion qu'un tel accident ne peut en aucun cas entraîner la péjoration d'un canal lombaire étroit. Il ajoute que l'examen du 4 janvier 2013 a mis en évidence une discopathie L3-L4 et, surtout, un canal lombaire étroit sévère. En L4-L5, il y avait aussi une discopathie avec protrusion discale circonférentielle. A la suite de cet examen, était déjà conseillé un concilium neurochirurgical. Selon lui, l'examen réalisé par le Prof. C\_\_\_\_\_ le 15 avril est comparable (sans lésion traumatique). Est décrite en plus une arthrose postérieure L4-L5, et L5-S1. Dans la description de la première IRM, cette arthrose postérieure était surtout mentionnée en L5-S1. Le Prof. C\_\_\_\_\_ parle d'une décompensation congestive, laquelle peut aussi bien être de nature dégénérative que traumatique, étant précisé qu'un œdème traumatique périarticulaire se résorbe en trois à quatre mois. Du reste, le Prof. C\_\_\_\_\_ a reconnu l'absence de lésions osseuses contusionnelles puisqu'il a estimé qu'une grande partie des douleurs était en rapport avec une congestion arthrosique zygapophysaire postérieure. L'infiltration de ces articulations postérieures n'avait soulagé que partiellement le patient, ce qui démontre, selon le Dr E\_\_\_\_\_, qu'en réalité, les douleurs n'étaient pas dues principalement à cette congestion. L'anesthésie épidurale, en revanche, a eu un effet direct sur la sténose lombaire (canal lombaire étroit) et a entraîné une amélioration (amendement complet de la symptomatologie durant 24 à 48 heures), ce qui démontre que la symptomatologie était plutôt principalement due au canal lombaire étroit, donc sans rapport avec l'accident. Le neurochirurgien D\_\_\_\_\_ a confirmé ce diagnostic de canal lombaire étroit prédominant en L3-L4 et donc connu au moins depuis janvier 2013. Il a préconisé une décompression chirurgicale principalement en L3-L4, comme déjà envisagée en janvier 2013. La Dresse F\_\_\_\_\_ précise dans son rapport que le canal lombaire est rétréci de manière sévère congénitalement avec des pédicules courts aussi bien en L3-L4 qu'en L4-L5. C'est à tort qu'elle indique que l'assuré ne se serait jamais plaint de lombalgies ni d'irradiations douloureuses avant son accident. Dans son rapport opératoire, la Dresse F\_\_\_\_\_ a d'ailleurs mentionné que la sténose prédominante en L3-L4 était connue depuis janvier 2013 et a décrit dans son protocole opératoire la compression par hypertrophie des massifs articulaires et du ligament jaune en L3-L4 et L4-L5, alors que la protrusion discale médiane n'était que peu compressive. Du reste, le médecin n'est pas intervenu chirurgicalement sur ces protrusions discales. Le Dr E\_\_\_\_\_ en tire la conclusion que l'intervention était donc bien en rapport avec un canal lombaire étroit constitutionnel et dégénératif et non avec un traumatisme. EN DROIT 1.

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er 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. 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). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGa. 4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre un terme à sa prise en charge avec effet au 30 septembre 2013, faute de causalité naturelle entre les troubles persistants et l'événement assuré. 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). 6. 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 d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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. 7. 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. 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). 8. Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation

radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après 3 ou 4 mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2). S'agissant de l'aggravation d'un état antérieur dégénératif au niveau de la colonne vertébrale, le statu quo sine est dans la règle atteint après 6 ou 9 mois, mais au plus tard après un an (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_508/2008 du 22 octobre 2008 consid.4.2). 8. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 9. a. 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). b. 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). c. 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). d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V

351 consid. 3b/ee). e. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). f. 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). g. 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). 10. En l'espèce, la question à trancher - à savoir la relation de causalité naturelle entre les troubles persistants du recourant et l'événement assuré - relève du domaine médical. Il y a donc lieu de se référer à l'avis du médecin-conseil de l'assurance, avis au demeurant rendu sur la base d'un dossier complet, argumenté et étayé à plusieurs reprises. Ses explications doivent au surplus être examinées à l'aune de la jurisprudence selon laquelle, en présence de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après 3 ou 4 mois (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2). En premier lieu, le Dr E\_\_\_\_\_ explique que, lors d'un accident de voiture en position assise, la colonne lombaire est bien protégée, de sorte que seul un ébranlement vertébral peut être causé. Selon lui, un tel accident ne peut en aucun cas entraîner la péjoration d'un canal lombaire étroit. Certes, la Dresse F\_\_\_\_\_ conclut le contraire, mais il convient de relever que ses conclusions se basent sur une prémisse erronée, celle selon laquelle l'assuré n'aurait jamais souffert de lombalgies avant l'accident, ce qui est contraire à la réalité, aux dires du recourant lui-même. La Dresse F\_\_\_\_\_ admet que le rétrécissement du canal est congénital mais émet l'hypothèse, basée sur cette prémisse, que l'accident a manifestement été assez violent pour le décompenser avec - ajoute-t-elle - probablement, la réalisation d'une petite hernie discale médiane L3-L4 de façon associée. Or, cette hernie apparaissait déjà sur l'IRM réalisée avant l'accident. Le recourant ne saurait donc tirer aucun argument des conclusions de la Dresse F\_\_\_\_\_, dont la méconnaissance du dossier apparaît manifeste. 11. Ainsi que le relève le Dr E\_\_\_\_\_, l'examen du 4 janvier 2013 mettait déjà en évidence un canal lombaire étroit sévère. Or, la symptomatologie s'explique principalement par cette atteinte. Les explications fournies par

le Dr E\_\_\_\_\_ à cet égard apparaissent convaincantes : l'infiltration des articulations postérieures n'a soulagé que partiellement le patient - ce qui laisse à penser que les douleurs n'étaient pas dues principalement à cette congestion -, alors que l'anesthésie épidurale, en revanche, a eu un effet direct sur la sténose lombaire (canal lombaire étroit) et a entraîné une amélioration (amendement complet de la symptomatologie durant 24 à 48 heures) - ce qui tend à confirmer que la symptomatologie était plutôt due au canal lombaire étroit, donc sans rapport avec l'accident. En cela, le Dr E\_\_\_\_\_ est d'ailleurs rejoint par le Prof. C\_\_\_\_\_ qui, dans un rapport du 22 mai 2013, a confirmé qu'après les infiltrations facettaires, le patient n'avait été soulagé que de manière partielle au niveau de ses douleurs lombaires et sur les faces latérales des cuisses et que la seule infiltration ayant eu un effet tout à fait positif était l'épidurale antérieure L3-L4, avec une disparition quasiment complète de toute la symptomatologie au niveau des territoires L5 et L4 pendant environ deux jours, ce dont le Prof. C\_\_\_\_\_ a également tiré la conclusion que la symptomatologie du patient était plutôt due à son canal lombaire étroit. On rappellera au surplus que, dans son rapport du 16 avril 2013, le Prof. C\_\_\_\_\_, après avoir procédé à une nouvelle IRM de la colonne lombaire et l'avoir comparée à la précédente, n'a décelé aucune nouvelle fracture vertébrale ni nouveau conflit disco-radulaire. Il a indiqué avoir retrouvé une hernie discale médiane L3-L4 provoquant le canal lombaire étroit de grade C identique à ce qu'il était sur l'ancien examen . Dans un second rapport du même jour, le Prof. C\_\_\_\_\_ confirme d'ailleurs l'absence de décompensation du canal lombaire étroit. S'il a certes mentionné un élément nouveau, sous la forme d'une décompensation congestive arthrosique zygapophysaire postérieure L4-L5 et L5-S1 bilatérale, il ressort des explications du Dr E\_\_\_\_\_ - que rien ne permet d'infirmer - que cela consiste en une inflammation dont le traitement consiste en repos et prise d'anti-inflammatoires et qu'un tel œdème traumatique périarticulaire se résorbe en trois à quatre mois. Des considérations qui précèdent, il ressort qu'aucun élément ne permet de douter des conclusions du Dr E\_\_\_\_\_, dont la Cour est convaincue du bien-fondé, au vu des explications fournies. Dans ces conditions, il apparaît superflu d'administrer d'autres preuves, en particulier de mettre sur pied l'expertise réclamée par le recourant. Au vu des explications du Dr E\_\_\_\_\_, des constatations du Prof. C\_\_\_\_\_ et de la jurisprudence rappelée supra, il y a lieu de considérer que c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 30 septembre 2013, soit plus de 5 mois après la survenance de l'événement assuré. 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.