

VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 596 vom 12. August 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-08-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__596

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 596 du 12 août 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 596 del 12 agosto 2019

Regeste

AFFECTION DORSALE, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, LIEN DE CAUSALITÉ, REJET DE LA DEMANDE | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA

Erwägungen

E. 12

juillet 2018 du Dr H._____, thérapeute traitant et spécialiste en chiropratique spécialisée, et du 27 juillet 2018 de la Dre J._____, produits en annexe à son écriture. Dans son rapport précité, le Dr H._____ a posé le diagnostic de troubles dynamiques post-traumatiques du rachis lombaire, avec développement d'une hyperalgésie sur probable mécanisme de sensibilisation centrale. On en extrait ce qui suit : « 2. Je pense que nous sommes en présence d'une chronicisation sur mécanisme de sensibilisation centrale. Le médecin-conseil se focalise uniquement sur une dimension mécanique et structurelle. Il en est de même pour la liste des lésions que vous présentez. A la rigueur, nous aurions un argument initial en faveur d'une « élongation de muscle ». Cliniquement, Mme D._____ a développé une hyperalgésie. Le mécanisme est donc plus « neurologique » que « structurel ». 3. Il y a de fortes raisons de le penser puisque Mme D._____ ne présentait pas de douleurs rachidiennes avant l'accident. Le médecin-conseil précise que la blessure aurait dû guérir en 2 mois. Cela va à l'encontre de la littérature scientifique actuelle qui montre qu'un pourcentage élevé de patients ayant subi un traumatisme musculosquelettique développent des douleurs chroniques (Réf 1). Il ne prend pas non plus en compte qu'une douleur chronique peut se développer par mécanismes neurologiques (Réf 2). Ce type de douleurs sur sensibilisation est difficile à démontrer objectivement car il n'existe pas d'imagerie permettant de la mettre en évidence. C'est avant tout un diagnostic clinique. Nous utilisons un électromyographe paravertébral de surface dans l'évaluation de nos patients. Le schéma d'évolution sur cette évaluation chez Mme D._____ laisse suggérer un tel mécanisme. 4. Voir ma réponse au point 3. Je pense que le lien de causalité entre l'accident et les douleurs persistantes est probable. 5. Sur IRM, il y a présence de quelques signes dégénératifs qui étaient certainement présents avant l'accident. Ces signes dégénératifs sont présents chez de nombreuses personnes ne présentant pas d'atteintes ou de douleurs lombaires. La corrélation entre signes structurels et symptômes est grandement remise en question dans la littérature scientifique actuelle. 6. Il n'est pas impensable que le statut structurel lombaire de Mme D._____ ait sensibilisé à la blessure. Cependant, je ne pense pas que c'est un mécanisme prépondérant. La chronicisation est liée au développement d'une hyperalgésie – un mécanisme neurologique – imputable à l'accident. [...] 8. Si la discussion se limite à une perspective structurelle, il n'y a pas vraiment d'argument contre la position du médecin-conseil. Par contre, je pense que cette vision est réductrice et qu'elle ne prend pas en compte une dimension neurologique, de mieux en

mieux décrite dans la littérature scientifique, mais difficilement objectivable par imagerie. En prenant en compte cette dimension neurologique, je ne partage pas l'avis du médecin-conseil. 9. Le médecin-conseil est orthopédiste de formation. Il limite sa perspective à une dimension purement mécanique et structurelle et base son opinion sur des imageries. Une telle perspective est forcément réductrice et n'est plus en adéquation avec ce que la littérature scientifique décrit des mécanismes post-traumatiques et de la chronicisation des douleurs, notamment d'un point de vue neurophysiologique. L'avis d'un médecin spécialiste de la douleur pourrait être bénéfique. » Le rapport du 27 juillet 2018 de la Dre J. _____ avait la teneur suivante : « Concernant le point numéro 1 : Il s'agit d'une sciatalgie L5 Gauche liée à une chute sur le lieu du travail, la chute ayant causé une rupture de l'anneau fibreux L4-L5 Gauche. Concernant le point numéro 2 : S'agit-il d'une lésion relevant de la liste ? Oui il s'agit d'une lésion relevant de la liste des accidents car cette rupture de l'anneau fibreux consécutive à une chute peut être assimilée à une déchirure d'un ligament maintenant les vertèbres les unes avec les autres et permettant au disque de rester en place. Cet anneau fibreux ne peut pas se déchirer spontanément. Concernant le point numéro 3 : Oui, selon moi les atteintes dont souffre actuellement ma patiente sont imputables à l'accident du 18 août 2017. Voici quelques raisons pour lesquelles je soutiens ce point de vue : D'abord cela a été reconnu comme accident jusqu'au 16 mai. De plus, l'assureur a lui-même reconnu qu'il s'agissait bien d'un accident. Par ailleurs, je suis cette patiente depuis 2012 et n'avais jamais eu de consultations en rapport avec un quelconque problème de dos jusqu'ici. Il en découle que s'il n'y avait pas eu l'accident, elle n'aurait actuellement pas ces douleurs chroniques au niveau du dos. Concernant le point numéro 4 : Les liens de causalité entre l'accident et l'atteinte [à la] santé de Mme D. _____, c'est-à-dire ses troubles lombaires, sont liés pour moi de façon plus que probable. La chute ayant entraîné cette rupture d'anneau fibreux puis des compensations musculaires diverses responsables de la pérennisation des troubles. D'autres part, le trouble était inexistant jusqu'à ce jour, il ne s'est révélé que dans les suites de l'accident. [...] Concernant le point numéro 6 : L'atteinte présentée par ma patiente ne pourrait pas être due à une maladie. Elle pourrait être due à un autre accident que celui d'août 2017 mais on serait de nouveau dans l'assurance-accidents et je n'ai pas connaissance d'un tel accident, jamais rapporté par ma patiente. [...] Concernant le point numéro 8 : Je ne partage pas du tout la prise de position du médecin-conseil de l'assurance-accidents. En effet, il a décidé de façon arbitraire qu'au 15 mai, ma patiente n'était plus prise en charge par l'accident car le contrôle IRM, à priori, ne montrait plus de rupture de l'anneau fibreux. C'est oublier le mécanisme du rachis qui fonctionne comme une chaîne postérieure de stabilisation et qu'un élément pathologique en l'occurrence cet anneau fibreux qui avait été déchiré peut entraîner des compensations sus et sous-jacentes qui évoluent à leur compte une fois l'élément déclencheur guéri. Ainsi, une jambe plus courte peut entraîner une scoliose qui évoluera pour son compte même une fois la jambe courte compensée. Pour moi il en est de même dans ce cas, la lombalgie a entraîné des compensations dorsales, cervicales et lombaires sus-jacentes qui évoluent maintenant pour leurs propres comptes pour une durée indéterminée mais qui doivent être prises en charge entièrement par l'assurance-accidents. » Le dossier a été à nouveau soumis au Dr S. _____. Ce dernier a relevé dans son rapport du 28 octobre 2018 notamment ce qui suit : « Les seules véritables exceptions de déchirures de l'anneau fibreux ou de hernies, d'origine traumatiques pures, c'est-à-dire consécutives à une seule action vulnérante, sont probablement celles qui sont associées à des fractures de vertèbres, éventuellement à des traumatismes à très haute énergie (impliquant souvent plusieurs lésions corporelles). Je

rappellerai aussi les 4 critères qui doivent être remplis (conjointement) pour qu'un événement unique puisse être jugé comme responsable, avec relative haute probabilité, d'une lésion discale : Le mécanisme accidentel doit être adéquat (haute énergie) L'apparition de symptômes, invalidants, doit être immédiate. Le patient doit être asymptomatique avant l'accident. Le segment en question doit être intact sur le plan radiologique. Dans le cas présent, les 4 critères ne sont clairement pas remplis (2 d'entre eux, au moins, font défaut). Il convient de préciser que le caractère préexistant de la discopathie L4-5 est également appréciable sur les radiographies standards (cf. précédent rapport). Par ailleurs, il convient de revenir, encore une fois, sur l'absence d'élément inflammatoire visible à l'IRM du 19 septembre 2017, argument qui peut sans être usé pour écarter une quelconque responsabilité de l'événement assuré dans la genèse de la lésion discale. En conséquence, le lien de causalité entre l'événement qui nous concerne et la lésion discale L4-5, chez Mme D. _____, reste très hautement improbable. Je rappelle que l'anneau fibreux d'un disque n'est pas un ligament ! Sa disposition anatomique (fibres circulaires de collagène) fait qu'il n'exerce pas du tout la même fonction qu'une structure de fibres de collagène, dense, orientée pour assurer l'attache entre 2 os (c'est à dire un ligament). C'est ainsi que cette structure, qui entoure le noyau pulpeux, ne porte pas le nom « ligament ». En outre, on ne peut parler de « sciatalgies » en l'absence de preuve d'une compression radiculaire, ou d'une lésion radiculaire avérée. En revanche, on peut sans autre évoquer le terme de pseudo-sciatalgies, symptomatologie qui puise son origine dans d'autres lésions rachidiennes (articulation inter-apophysaire, sacro-iliaque, etc.), sans implication neurologique avérée . En ce qui concerne le développement d'une hyperalgie, et du mécanisme neurologique réflexe que suggère Mr H. _____, ceci n'est que pure supputation. La relation de cause à effet entre, les plaintes qui perdurent au-delà d'une limite de 3-4 mois et, l'événement qui nous concerne, encore une fois relativement bénin, n'est pas prouvé sur la base d'éléments anatomo-pathologiques avérés . Dès lors, une autre raison, autre que traumatique doit être recherchée pour, rendre compte de l'hyperalgie décrite, au-delà de la limite des 3-4 mois (décembre 2017). En conséquence, il n'y a pas d'élément nouveau m'incitant modifier mes conclusions du 19 mars 2018. » Par décision sur opposition du 16 novembre 2018, la Z. _____ a confirmé la décision du 9 mai 2018. B. Par acte du 17 décembre 2018, D. _____, sous la plume de son conseil, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire en médecine orthopédique, puis principalement à la poursuite du versement des prestations de l'assurance-accidents et subsidiairement au renvoi de la cause à la Z. _____ pour instruction et nouvelle décision. En substance, elle s'est référée aux avis des Drs J. _____ et H. _____, qui renaient un lien de causalité entre l'accident et les atteintes à la santé. D'après l'assurée, la Z. _____ supportait la charge de la preuve de la disparition du lien de causalité, ce qu'elle avait échoué à démontrer. Les explications du Dr S. _____ n'étaient en outre pas convaincantes car les douleurs lombaires dont souffrait l'assurée n'étaient pas exclusivement dues à une hernie discale. La jurisprudence y relative n'était donc pas applicable. Dans sa réponse du 18 février 2019, la Z. _____ a conclu au rejet du recours, faisant valoir que les rapports du Dr S. _____ étaient probants et qu'il était le seul à véritablement analyser la question du lien de causalité. Répliquant le 12 mars 2019, l'assuré a réitéré que la Z. _____ n'avait pas apporté la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, de l'absence de lien de causalité, à partir du 16 mai 2018, entre l'accident et les atteintes à la santé. Dans tous les cas, il existait à tout le moins

un doute minime sur la pertinence du rapport du Dr S. _____ au vu des rapports des Drs J. _____ et H. _____, de sorte qu'il y avait lieu d'ordonner une expertise. Par duplique du 2 avril 2019, la Z. _____ a renvoyé à ses précédentes écritures. E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 15 mai 2018. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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, mentale 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1). c) 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la

causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3). d) 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. Cependant, 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 ou 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées). Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prêter (ATF 129 V 177 consid. 3.1). 4. a) Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPG) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputé à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 ; TF 9C_400/2012 consi. 5.2). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b ; TF 9C_468/2011 consid. 4.3). Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies. Par contre, dans le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie, le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas à l'assuré (TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C_601/2017 du 27 mars 2018 consid. 4.2. ; 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.3 et 8C_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe

des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (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 bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins conseils de l'assurance, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de l'assurance sociale, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). S'agissant 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 celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). c) Une certaine concrétisation du principe de la libre appréciation des preuves a lieu eu égard à l'expérience médicale et, sur cette base, par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Cela a notamment des effets sur la condition du lien de causalité entre l'accident et les atteintes à la santé. Ainsi, selon l'expérience médicale, des critères très stricts doivent être remplis pour que l'on admette une relation de cause à effet entre un accident et un prolapsus discal (traumatisme important sur le rachis en mesure de déchirer un disque sain, relation temporelle étroite avec apparition immédiate des douleurs après l'accident, anamnèse pré-traumatique vierge de tous symptômes, premières radiographies après l'accident sans aucune image d'altération dégénérative au niveau du segment concerné). Ces conditions ne sont pratiquement jamais remplies, mis à part dans des cas exceptionnels. Dès lors, il faut toujours se baser sur l'idée d'une aggravation transitoire et non définitive, même si la douleur apparue après un traumatisme accidentel suggère au patient un lien étroit voire même étiologique entre le traumatisme et les symptômes. Si l'on admet après un événement « adéquat » une influence étiologique partielle, il est recommandé de considérer que les troubles engendrés sont la conséquence d'un traumatisme pour une période s'échelonnant d'une demi-année à une année. En tout état de cause, un traumatisme agissant essentiellement ou avant tout en direction axiale, par exemple sous forme d'une chute de sa propre hauteur n'est pas considéré comme « adéquat ». Ainsi, une lombalgie chronique se développant après un traumatisme qui n'a provoqué aucune lésion structurelle au niveau du squelette axial ne doit pas être attribuée à une cicatrisation tissulaire insuffisante, mais bien plutôt au fait que la douleur est entretenue par d'autres facteurs, la plupart du temps sous forme de constellation psychosociale défavorable (TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2). Par ailleurs, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la

jurisprudence, que lorsque la radiographie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TFA U 179/03 précité consid. 4.4.2, citant RAMA 2000 n° U 363 p. 45, consid. 3a). En définitive, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. Le statu quo sine est même déjà atteint après trois ou quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1).

5. a) En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante a présenté des douleurs lombaires après l'accident du 18 août 2017, dont les suites ont été prises en charge par l'intimée jusqu'au 15 mai 2018. Les parties discutent toutefois la nature de l'atteinte à la santé, la recourante invoquant des sciatalgies, soit un aspect neurologique. La recourante fait également valoir que le retour à l'état antérieur n'est pas atteint vu la persistance des douleurs.

b) La première IRM faite après l'accident a révélé une discopathie dégénérative des disques L3-L4 et surtout L4-L5 avec débord circumférentiel, un peu protrusif du côté gauche avec déchirure de l'anneau fibreux, sans véritable phénomène compressif. Les vertèbres étaient sans lésion. Le Dr S. _____ a ainsi constaté objectivement que cette IRM n'avait pas montré de stigmatisme révélateur d'une lésion anatomique aiguë ou subaiguë, de surcroît significative, dans le sens d'une fracture, d'une luxation, d'une déchirure tendino-musculaire, etc. Il en a déduit que la recourante présentait lors de l'accident un rachis lombaire commençant à montrer des signes d'usure s'agissant des discopathies précitées, voire de discrets troubles statiques, et a précisé qu'une telle pathologie était banale pour cet âge dès lors que l'usure discale (déshydratation, perte de hauteur, rupture de l'anneau fibreux, allant jusqu'à la formation d'hernies) démarrait aussi avec le vieillissement. Ces constatations sont étayées et clairement motivées, conformes à la jurisprudence du Tribunal fédéral citée plus haut (consid. 4c supra). L'avis de la Dre J. _____ selon lequel il n'existait aucun trouble auparavant car la recourante ne l'avait jamais consultée pour un problème de dos avant l'accident ne saurait être suivi, dès lors que l'IRM confirme l'aspect dégénératif des discopathies existantes. On peut ainsi admettre avec le Dr S. _____ qu'on est en présence d'une lombalgie post-traumatique, sans lésion structurelle associée au traumatisme, due à un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique. Se pose dès lors la question de la durée de l'aggravation due à l'accident.

c) Le rapport d'IRM du 21 mars 2018 précisait qu'il n'y avait pas d'anomalie lombaire significative. Il indiquait une distorsion lombaire de faible envergure à sept mois et des lombalgies handicapantes et durables. Pour les disques L3-L4, il constatait une discrète dessiccation du disque sans autre signe de discopathie et une discrète arthrose interfaccettaire. S'agissant du disque L4-L5 et du disque L5-S1, il relevait l'absence de discopathie et d'anomalie significative des articulations interfaccettaires. La séquence myélographique ne révélait pas de conflit sur les différentes racines lombo-sacrées. A l'appui de ce document notamment, dont il ne ressortait aucun changement significatif par rapport aux images du 19 septembre 2017, le Dr S. _____ a conclu à l'absence d'élément probant caractérisant une dégradation structurelle du rachis lombaire à la suite de l'accident, ce qui a conduit le médecin-conseil à retenir une distorsion lombaire avec un retour à l'état antérieur après deux à quatre mois. Il a ajouté que l'événement accidentel n'était responsable tout au plus que d'une distorsion lombaire d'une

envergure faible à modérée et qu'elle avait révélé les discopathies L3-L4 et L4-L5 qui pouvaient justifier les plaintes de la recourante. Du point de vue structurel de l'atteinte, le Dr H. _____ a indiqué suivre l'analyse du Dr S. _____ et la Dre J. _____ ne l'a pas contestée. Ainsi, les pièces médicales au dossier n'attestent pas d'un tassement subit de vertèbre, de l'apparition ou de l'agrandissement d'une lésion, mais d'un état dégénératif pluriétagé dorso-lombaire. Les médecins traitants ont estimé que le statu quo sine n'était pas encore atteint au vu du caractère neurologique des troubles de la recourante, la Dre J. _____ invoquant des sciatalgies, qui n'existaient pas avant l'accident, et attribuant la déchirure de l'anneau fibreux aux suites de l'accident ; le Dr H. _____ a mis en avant un mécanisme neurologique chez la recourante difficilement objectivable par imagerie, mais imputable à l'accident. Leurs appréciations ne sont toutefois pas étayées par des examens ou des pièces, ni circonscrites. Le Dr S. _____ a répondu à ces arguments en rappelant que le caractère préexistant de la discopathie était visible sur les radiographies standards et en relevant l'absence d'élément inflammatoire visible à l'IRM du 19 septembre 2017, ce qui lui permettait d'écarter une quelconque responsabilité de l'événement assuré dans la genèse de la lésion discale. La déchirure de l'anneau fibreux n'était pas liée à l'accident qui était très modeste, donc pas suffisamment adéquat pour entraîner une telle lésion. Il en a déduit que le lien de causalité entre l'accident et la lésion discale était hautement improbable. Il a écarté le diagnostic de sciatalgie compte tenu de l'absence de compression radiculaire ou d'une lésion radiculaire avérée, mais a retenu le diagnostic de pseudo-sciatalgies, symptomatologie qui puise son origine dans d'autres lésions rachidiennes, sans implication neurologique avérée. En ce qui concerne le développement d'une hyperalgie et du mécanisme neurologique réflexe suggéré par les médecins traitants, le Dr S. _____ a considéré qu'il s'agissait de pure supputation, aucun élément anatomopathologique avéré résultant des examens ne permettait d'arriver à cette conclusion. L'hyperalgie décrite devait ainsi trouver son fondement dans une autre cause que traumatique pour la période postérieure à l'événement de trois à quatre mois, comme le vieillissement naturel. On constate que l'analyse du Dr S. _____ est corroborée par la conclusion de l'IRM du 19 septembre 2017 mentionnant l'absence d'un véritable phénomène compressif. La Dre J. _____ avait aussi retenu une absence de compression dans son rapport du 15 septembre 2017, étant précisé que ce rapport a été établi avant l'IRM du 19 septembre 2017 qui a seul une valeur véritablement probante sur ce point. On ajoute que les rapports du Dr S. _____ examinent le cas à l'aune de l'entier du dossier, sont rédigés après un examen clinique, motivent l'analyse par des éléments de doctrine médicale, expliquent en quoi il y a lieu de s'écarter des autres avis médicaux et comportent des conclusions claires. Son appréciation peut ainsi être suivie. Il est encore précisé que la Dre J. _____ part de la fausse prémisse que la recourante a chuté le 18 août 2017 et trouve l'origine de la déchirure de l'anneau fibreux dans cette chute ; or la recourante a glissé sans chuter. A cet égard, on relève que le Dr S. _____ a pris en compte de manière exacte les circonstances de l'accident en décrivant un mécanisme à relative basse énergie, en l'absence d'un choc direct conséquent sur le rachis, voire d'une chute ; l'événement traumatique a effectivement été modeste et cette circonstance est importante pour déterminer l'existence d'un éventuel lien de causalité. En outre, elle justifie le lien de causalité par le fait que les douleurs sont apparues après l'accident, ce qui n'est pas suffisant au regard de la jurisprudence (consid. 3b supra). Enfin, la Dre J. _____ et le Dr H. _____ ne sont pas neurologues, de sorte que leurs appréciations sur le plan neurologique ne bénéficient pas de l'expertise d'un spécialiste susceptible d'ébranler la

force probante des constatations circonstanciées du médecin-conseil. Ainsi, la recourante ne fait valoir qu'une appréciation différente des faits émise par ses médecins traitants et fondée sur aucun élément objectif mais uniquement sur des hypothèses subjectives. Ces médecins ne relèvent par ailleurs pas d'erreur objective dans les constatations du Dr S. _____, mais font leur propre appréciation de la situation. En définitive, dans son rapport et son complément, le Dr S. _____ examine le cas de manière complète sur la base d'éléments médicaux au dossier et motive clairement ses conclusions qui peuvent ainsi être suivies. Les avis divergents des médecins traitants ne suffisent pas à remettre en cause ses constatations. Au vu des lésions dégénératives préexistantes d'une part et du manque de lésion structurelle au niveau du dos d'origine traumatique d'autre part, il y a lieu de se référer à l'expérience médicale évoquée plus haut (consid. 4c supra) pour déterminer la durée des effets du traumatisme. Selon dite expérience, l'aggravation post-traumatique des problèmes dorsaux cesse de produire des effets après six à neuf mois ; le statu quo sine est même déjà atteint après trois à quatre mois concernant les lombalgies. En l'espèce, aucune aggravation due à l'accident n'a été constatée radiologiquement, ce qui avait amené le Dr S. _____ à retenir une durée de trois à quatre mois. L'intimée a admis une durée de neuf mois après l'événement, ce qui n'est pas critiquable et conforme à la jurisprudence. d) Sur la base de l'ensemble de ce qui précède, l'intimée était fondée à retenir l'absence de lien de causalité entre l'événement accidentel et la persistance des lombalgies et de mettre un terme aux prestations de l'assurance-accidents au-delà de la date du 15 mai 2018. 6. Vu l'issue de la procédure, en particulier le caractère probant des rapports précités du Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire en médecine orthopédique requise par la recourante n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (ATF 141 I 60 consid. 3.3). 7. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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