

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1120/2010

ATAS/715/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 2**

**du 29 juin 2010**

En la cause

Monsieur D \_\_\_\_\_, domicilié à CHATELAINE

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Le 5 mai 1982, Monsieur D\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré), né en 1952, a subi un accident de la circulation alors qu'il roulait à motocyclette. Il était alors employé chez X\_\_\_\_\_ SA et assuré contre les risques d'accidents auprès de la SUVA (ci-après l'assureur).
2. Lors de l'accident, l'assuré a subi une commotion cérébrale, une disjonction de la symphyse pubienne, une petite lésion vésicale antérieure ainsi qu'une fracture de l'extrémité de la clavicule, cette dernière n'ayant été diagnostiquée qu'au courant du mois de novembre 1982. Il a été hospitalisé pendant sept semaines, et a été en incapacité de travail totale jusqu'au 4 janvier 1983, puis à 50 % du 5 janvier au 6 mars 1983. Il a repris le travail à temps plein le 7 mars 1983.
3. L'assuré a été licencié pour le 31 mars 1983. Il a perçu des indemnités de l'assurance-chômage dès le 1<sup>er</sup> juillet 1983.
4. Le 30 juillet 1983, l'assuré a amorcé une glissade involontaire sur un talus devant son immeuble, et donné un "coup de rein" afin d'éviter une chute. Il a précisé dans sa déclaration d'accident du 12 septembre 1983 qu'il avait toujours des problèmes pour marcher à la suite de son accident du 5 mai 1982.
5. Le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin traitant de l'assuré, a établi un rapport daté du 1<sup>er</sup> septembre 1983 relatif à cet événement et attesté d'une incapacité de travail totale dès le 1<sup>er</sup> août 1983.
6. Dans un rapport d'accident du 10 octobre 1983, signé par l'assuré, ce dernier a précisé que le traitement pour son accident du 5 mai 1982 auprès du Dr L\_\_\_\_\_ avait pris fin le 25 avril 1983, quand bien même les douleurs au niveau de sa hanche droite n'avaient pas totalement disparu. L'assuré a ajouté qu'il avait de la peine à marcher, ne pouvait pas faire d'effort, et qu'il avait encore une douleur à l'épaule gauche.
7. Le 2 novembre 1983, le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a adressé un rapport au médecin de l'assureur duquel il ressortait les éléments suivants: surélévation de 4 cm de la tête fémorale gauche avec franche bascule vers le bas à droite du bassin et scoliose dextro-converse assez marquée, tendance à l'hyper-lordose lombo-sacrée, spondylose minime sous forme d'effilements ostéophytaires débutants des margelles antérieures, discopathie de moyenne importance avec spondylolisthésis du 1<sup>er</sup> degré vraisemblablement sur arthrose postérieure en lombo-sacré, discret distasis avec sclérose débutante des berges et une opacité au-dessus de la symphyse dense, ce dernier élément conduisant le Dr M\_\_\_\_\_ à évoquer un possible traumatisme de la symphyse pubienne. Dans un second rapport, daté du 28 novembre 1983, le médecin a fait état d'une lyse isthmique bilatérale de L5, à bords réguliers de chaque côté ainsi que d'une

impression d'une néo-articulation entre l'articulaire postérieure et supérieure de S1 et le bord inférieur de l'isthme de L5 à droite.

8. Le médecin d'arrondissement de l'assureur a procédé à l'examen de l'assuré les 27 octobre et 18 novembre 1983, et a mis en évidence un syndrome sacro-iliaque droit, avec une sensibilité du pubis. Pour le médecin d'arrondissement, il s'agissait probablement d'une séquelle de la disjonction subie antérieurement, et il était impossible de savoir s'il s'agissait d'une pathologie associée au syndrome sacro-iliaque. Le rapport faisait aussi état d'une importante bascule du bassin, et préconisait une compensation au niveau de la chaussure pour pallier le raccourcissement du membre inférieur droit afin de faire disparaître ce trouble. Le médecin constatait en outre une spondylose avec listhésis qui contribuait certainement au déséquilibre de la ceinture pelvienne, en précisant qu'une musculation bien conduite permettrait de diminuer la lordose lombaire et de rétablir un certain équilibre. Le médecin précisait que ces traitements incombaient à la caisse-maladie.
9. Par décision sur opposition du 13 juillet 1984, l'assureur a refusé la prise en charge des suites de l'événement du 30 août 1983, motif pris que l'assuré n'avait pu démontrer que le lien de causalité entre les troubles annoncés en août 1983 et l'accident du 5 mai 1982 était certain ou vraisemblable.
10. L'assuré a recouru contre cette décision auprès de la Cour de Justice de la République et Canton de Genève. Celle-ci, par jugement du 18 février 1987, a diligenté une expertise, confiée au Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie.
11. Le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie, a rendu son rapport d'expertise le 26 janvier 1988. Il a constaté un raccourcissement du membre inférieur droit de 2.5 cm ainsi qu'un spondylolisthésis de L5 sur S1, avec un glissement antérieur de L5 d'environ 20 % sur lyse isthmique bilatérale de L5 et a précisé que ces lésions étaient certainement antérieures à l'accident du 5 mai 1982. Au sujet du spondylolisthésis, l'expert a indiqué qu'une telle lésion peut provoquer des douleurs irradiées dans les sacro-iliaques. Il a également diagnostiqué une sclérose de l'articulation sacro-iliaque droite et une sclérose des bords de la symphyse pubienne. Pour l'expert, le "coup de rein" donné par le recourant afin d'éviter une chute a eu pour effet une mise sous tension notamment de la symphyse pubienne, et cette mise sous tension avait entraîné les douleurs ressenties par l'assuré à la suite de l'événement du 30 août 1983. Il a ainsi considéré que le lien de causalité entre l'accident du 5 mai 1982 et les lésions et séquelles constatées était certain, tout en admettant que les troubles antérieurs présentés par l'assuré participaient aux plaintes actuelles de ce dernier à raison de 20 %.

12. A la suite de cette expertise, l'assureur a été condamné par jugement du 9 juin 1989 du Tribunal des assurances de la Cour de justice civile de la République et Canton de Genève à prendre en charge les indemnités journalières de chômage dues du 25 juillet 1983 au 9 janvier 1984, période pour laquelle une incapacité de travail a été attestée, après réduction de 20 % pour état antérieur conformément aux constatations résultant de l'expertise médicale. Pour le surplus, la cause a été renvoyée à l'assureur pour que celui-ci rende une décision sur la demande d'indemnité pour atteinte à l'intégrité et une éventuelle rente d'invalidité.
13. Par décision du 1<sup>er</sup> décembre 1989, l'assureur a admis une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique de 20 %, représentant un montant de 13'920 fr. calculé sur un gain annuel de 69'600 fr., et nié le droit à une rente d'invalidité pour le surplus.
14. Le 15 septembre 2006, l'assuré a subi un accident lors duquel son poignet droit a été touché, qui a entraîné une longue incapacité de travail, et à la suite duquel l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente d'invalidité versée par sa caisse de pension dès le 1<sup>er</sup> décembre 2008.
15. Le 30 janvier 2008, le Dr O \_\_\_\_\_, médecin du travail, a reçu l'assuré en consultation. Ce médecin a émis des doutes sur la capacité de travail de l'assuré compte tenu de l'ensemble de ses pathologies, notamment de l'atteinte au poignet droit, et a indiqué que, selon les plaintes de l'assuré, l'accident survenu en 1982 avait entraîné chez lui une instabilité du bassin provoquant de violentes douleurs à chaque faux pas.
16. Le 30 juin 2009, l'assuré a adressé un courrier à l'assureur dans lequel il a indiqué avoir été en arrêt de travail de 1993 à 2001 en raison de l'accident survenu le 5 mai 1982.
17. Il ressort d'une notice établie par un inspecteur de l'assureur à la suite d'un entretien téléphonique du 8 juillet 2009 avec l'assuré que ce dernier avait annoncé avoir de nouveau mal au bassin. Lors de cet entretien, l'assuré a été invité par l'assureur à produire des documents médicaux relatifs à ses nouveaux troubles.
18. Le 25 août 2009, l'assureur a eu un deuxième entretien téléphonique avec l'assuré. Selon la note établie à la suite dudit entretien, l'assuré a indiqué ne pas avoir consulté le Dr P \_\_\_\_\_, son médecin traitant, depuis environ 2001.
19. Interpellé par l'assureur, le Dr P \_\_\_\_\_ lui a indiqué par courrier du 31 août 2009 qu'il n'avait pas traité l'assuré pour des troubles du bassin.
20. Par courrier du 11 septembre 2009, l'assureur a requis de l'assuré que ce dernier lui fournisse toutes les coordonnées des médecins l'ayant traité depuis 1989 pour ses troubles du bassin.

21. Le 3 novembre 2009, l'assuré a consulté le Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne. Ce médecin a adressé un rapport à l'assureur, daté du 17 novembre, duquel il ressort que l'assuré lui a dit souffrir régulièrement de lombalgies, douleurs du bassin et coxalgies bilatérales essentiellement de type mécanique, sans aggravation ces cinq dernières années. Le Dr Q\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de *diffuse idiopathic skeletal hyperostosis* (DISH) sévère, de spondylolisthésis de grade II L5-S1, et de scoliose lombaire à convexité droite avec angle de Cobb à 15°. Le rapport a en outre précisé que l'assuré était à l'AI à 100 % et qu'aucun traitement n'avait été entrepris.
22. A la même date, soit le 3 novembre 2009, le Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à des radiographies de la colonne lombo-pelvienne de l'assuré en raison de la réapparition des douleurs chez ce dernier. Le rapport de ce médecin a fait état d'un spondylolisthésis de L5 de grade 2 selon Meyerding, et indiqué que l'ensemble de la colonne lombaire était le sujet de calcifications discoïdes importantes pré-vertébrales, ce qui relevait selon toute vraisemblance d'une maladie de Forestier. Hormis la dégénérescence du disque intervertébral L5-S1, il n'y avait pas d'autre discopathie identifiable par radiographie aux autres niveaux, ni d'altération grossière de la densité osseuse. Le médecin a en outre constaté un discret trouble scoliotique et une différence de longueur des membres inférieurs estimée à 3 cm. La scoliose concernait l'ensemble de la colonne dorsale et lombaire et pouvait être estimée à plus de 15°, dextro-convexe avec un sommet semblant situé en D12. Enfin, le radiologue a établi l'existence d'ossifications hyperostotiques importantes au niveau de la symphyse pubienne et au niveau des insertions tendineuses du bassin. Pour le radiologue, ces modifications hyperostotiques pouvaient être soit une maladie de Forestier, soit une autre maladie hyperostotique éventuellement congénitale.
23. Sur proposition du Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de l'assureur, ce dernier a chargé le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, de déterminer si l'évolution particulière du cas de l'assuré était en relation de causalité avec l'accident subi par ce dernier le 5 mai 1982.
24. Le Dr T\_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 15 janvier 2010. Il en ressort que l'assuré lui a indiqué souffrir depuis quelques années, avec des occurrences de plus en plus fréquentes, d'un lâchage itératif des membres inférieurs, exacerbé par la descente des escaliers et accompagné d'une fatigue et d'une faiblesse des membres inférieurs à la marche. L'assuré lui a également relaté avoir quelques décharges électriques dans les deux membres inférieurs. Dans son anamnèse, le médecin a relevé une symptomatologie des membres supérieurs compatible avec un tunnel carpien bilatéral, et a procédé à l'analyse des radiographies effectuées le 3 novembre 2009. Il a constaté à leur lecture une hyperostose importante de la symphyse pubienne; des calcifications des insertions ligamentaires sur les crêtes

iliaques et au niveau sus-cotyloïdien, sans altération des articulations coxo-fémorales; une asymétrie du bassin de 2.5 cm en défaveur de la droite; un listhésis de L5 sur S1 de 1<sup>er</sup> degré et des liaisons compatibles avec un DISH, entraînant des points osseux importants de D10 à L5. Le Dr T\_\_\_\_\_ a ajouté qu'on pouvait suspecter sur ces clichés un canal lombaire étroit. Il a considéré que les lésions étaient compatibles avec un DISH, qui est une atteinte rhumatismale classique entraînant un enraidissement de la colonne lombaire et dorsale, et précisé que cette pathologie n'était absolument pas en relation ou secondaire avec l'accident survenu en mai 1982. Le médecin a encore préconisé qu'un CT scan lombaire à la recherche d'un canal étroit soit effectué, une sténose canalaire lombaire centrale pouvant expliquer la symptomatologie actuellement présentée par l'assuré.

25. Dans son avis du 15 janvier 2010, le Dr S\_\_\_\_\_ s'est référé au rapport du Dr T\_\_\_\_\_ et a conclu qu'il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur la demande de l'assuré.
26. Le 21 janvier 2010, l'assureur a notifié une décision de refus de prise en charge des douleurs lombo-pelviennes annoncées, au motif que celles-ci ne constituaient pas une rechute de l'accident du 5 mai 1982, conformément à l'appréciation du Dr S\_\_\_\_\_ et à l'avis du Dr T\_\_\_\_\_.
27. Par courrier du 1<sup>er</sup> février 2010, l'assuré a fait opposition à dite décision, en faisant valoir que le Dr T\_\_\_\_\_ n'avait pas procédé à un examen complet et en se disant disposé à subir d'autres examens afin de déterminer l'origine de ses douleurs.
28. Par décision sur opposition du 3 mars 2010, l'assureur a confirmé sa position, niant tout lien de causalité entre les douleurs annoncées en juin 2009 et l'accident de mai 1982. L'assureur a relevé que l'assuré n'avait pas fourni d'élément probant à l'appui de sa demande, et ajouté que les rapports des Drs S\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_ revêtaient une pleine valeur probante.
29. Par acte du 20 mars 2010, l'assuré (ci-après le recourant) a interjeté recours contre la décision de l'assureur (ci-après l'intimée). Il fait valoir que sa vie est un calvaire depuis son accident en 1982 et qu'il souffre pour se déplacer, se lever et marcher. Il allègue que le Dr P\_\_\_\_\_ l'a suivi de 1984 à 2001, et qu'il détient des documents le démontrant. Le recourant a en outre requis l'audition du Dr O\_\_\_\_\_, médecin du travail à la Ville de Genève.
30. Dans sa réponse du 18 mai 2010, l'intimée a conclu au rejet du recours en faisant valoir que le recourant n'amène aucun élément nouveau, et renvoyant aux motifs médicaux exposés dans la décision entreprise qui expliquent le refus de prise en charge des douleurs annoncées.
31. Par courrier du 19 mai 2010, le recourant a fait parvenir au Tribunal de céans le dossier constitué à la suite de son accident du 5 mai 1982, en indiquant ne pas

comprendre la décision de l'intimée dans la mesure où cette dernière avait été condamnée dans le passé à prendre en charge ses frais médicaux.

32. Le Tribunal de céans a transmis une copie de cette écriture à l'intimée par courrier du 27 mai 2010.
33. Par courrier du 2 juin 2010, les parties ont été informées que la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont 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. Selon la jurisprudence, les droits découlant de rentes d'invalidité dégressives, transitoires ou permanentes nées sous l'empire de la loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents (LAMA) continuent à être régis par l'ancien droit, notamment en ce qui concerne la révision (ATF 118 V 293 consid. 2a). Il faut en déduire, *a contrario*, qu'en cas de rechute, respectivement de séquelles tardives, le nouveau droit est applicable lorsque l'événement accidentel en cause - antérieur au 1<sup>er</sup> janvier 1984, date de l'entrée en vigueur de la LAA - n'a pas donné lieu à l'allocation d'une rente (ATF du 23 janvier 2003, U 196/02, consid. 1).

La LAA est donc applicable au cas d'espèce.

Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAA). La LGPA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1; ATF 129 V 1 consid. 1.2). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b, ATF 112 V 359 consid. 4a).

3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA).

4. Le litige porte sur le droit du recourant à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents pour les douleurs qu'il a annoncées le 30 juin 2009, et en particulier sur le lien de causalité entre ces douleurs et l'accident survenu le 5 mai 1982.
5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGa; ATF 122 V 230 consid. 1).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose d'abord, entre l'événement dommageable de nature accidentelle et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que sans l'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, généralement applicable à l'appréciation des preuves en assurances sociales. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît simplement possible, le droit à des prestations de l'assurance-accidents doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents présuppose 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 est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a). Selon la doctrine et la jurisprudence, la responsabilité de l'assureur-accidents n'est engagée que si le dommage à couvrir est en lien de causalité tant naturelle qu'adéquate avec l'événement l'ayant entraîné (ATF 123 V 98, consid. 3b).

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 et adéquate avec l'événement assuré (ATF du 1<sup>er</sup> mai 2003, U 82/02, consid. 2). Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles

---

tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA; RS 832.202]).

Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a). Les rechutes se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents initial de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'assuré et l'atteinte à la santé causée au moment de l'accident (ATF du 27 octobre 2008, 8C\_269/2008, consid. 2.2; ATF du 6 janvier 2006, U 278/04, consid. 2.1; ATF 118 V 293, consid. 2c).

A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve - au degré de la vraisemblance prépondérante - du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (ATF du 3 mai 2005, U 250/04, consid. 1.2; RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c). En cas de rechute, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est en effet pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue. Les conséquences de l'absence de preuve d'un tel lien entre la nouvelle atteinte et l'accident doivent être supportées par l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte (ATF du 10 avril 2007, U 192/06, consid. 3.3; ATF du 28 juin 2001, U 50/99, consid. 3a).

Il convient encore de rappeler que 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 avec cet accident (raisonnement *post hoc, ergo propter hoc*), comme le retient le Tribunal fédéral (ATF du 31 juillet 2001, U 492/00, consid. 3c; RAMA 1999 n° U 341 consid. 3b; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2).

---

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). En outre, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

8. La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; voir également Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61).
9. En l'occurrence, le recourant a annoncé de nouvelles douleurs au bassin à l'intimée, en indiquant qu'il s'agissait d'une rechute de son accident. Dans un premier temps, il n'a cependant produit aucun document médical à l'appui de ses allégations. Les certificats des Drs R\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_, que le recourant n'a semble-t-il consultés que plusieurs mois après avoir annoncé sa rechute, ne contiennent aucun élément permettant d'imputer les douleurs dorsales dont souffre le recourant à l'accident dont il a été victime en 1982. Au contraire, ces deux rapports font état d'atteintes dont l'origine n'est pas accidentelle, telles que scoliose, discopathie,

spondylolisthésis et maladie de Forestier, également connue sous le nom de DISH. On cherche donc en vain un indice dans ces rapports médicaux qui pourrait mettre en lien de manière vraisemblable, ou tout au moins possible, les lombalgies dont se plaint le recourant aux lésions entraînées par son accident.

En outre, les rapports des Drs R\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ sont corroborés par l'expertise du Dr T\_\_\_\_\_, qui ne laisse subsister aucune ambiguïté sur l'absence de lien de causalité entre l'atteinte rhumatismale (DISH) dont souffre le recourant avec l'accident du 5 mai 1982. Au sujet de dite expertise, force est de constater qu'elle correspond en tous points aux réquisits jurisprudentiels exposés ci-dessus, et doit dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'expert s'est en effet fondé sur le dossier médical et les clichés radiographiques du recourant, a procédé à une anamnèse et tenu compte des éléments médicaux objectifs et des plaintes du recourant pour poser son diagnostic. Contrairement à ce qu'allègue le recourant, le fait que le Dr T\_\_\_\_\_ ne l'ait pas ausculté ne suffit pas à remettre en doute son appréciation. A ce sujet, le Tribunal de céans rappelle la jurisprudence précitée, selon laquelle une expertise médicale peut se voir reconnaître une pleine valeur probante quand bien même elle a été établie en se basant sur le dossier d'un patient uniquement.

Ainsi, les avis médicaux concordent et n'établissent pas de lien entre l'accident du 5 mai 1982 et les douleurs annoncées en juin 2009. Dans la mesure où aucun élément ne permet de mettre en doute leurs conclusions, la mise en œuvre de mesures d'instruction supplémentaires s'avère superflue, par appréciation anticipée des preuves. Il n'y a en particulier pas lieu d'entendre le Dr O\_\_\_\_\_, dont le rapport ne portait pas spécifiquement sur le lien de causalité entre l'accident du 5 mai 1982 et les douleurs dorsales du recourant.

Le recourant semble déduire du fait que l'intimée a par le passé déjà été condamnée à prendre en charge les suites d'une rechute de son accident que ses douleurs actuelles constituent également des séquelles de l'événement du 5 mai 1982. Cet argument tombe cependant à faux, puisque contrairement à l'événement de 1983, lors duquel un expert avait établi un lien de causalité avec l'accident survenu une année plus tôt, aucun élément médical ne permet aujourd'hui d'établir de lien entre les atteintes subies en 1982 et les douleurs actuelles.

Il y a également lieu de souligner que plus de vingt-sept ans se sont écoulés entre l'accident et l'annonce du nouveau cas à l'intimée. Or, comme cela découle des arrêts cités plus haut, une aussi longue période incite à se montrer circonspect quant à l'admission d'un lien de causalité entre l'accident initial et les atteintes actuelles. En l'espèce, l'existence d'un tel lien paraît d'autant moins vraisemblable que le recourant souffre d'une multitude de pathologies au niveau de la colonne vertébrale, qui sont à même d'expliquer les symptômes qu'il présente. A cet égard, le Tribunal de céans relève que l'expert appelé à se prononcer sur le lien de causalité entre les

douleurs survenues à la suite de l'événement du 30 juillet 1983 et l'accident du 5 mai 1982 avait déjà à l'époque souligné que le spondylolisthésis existant chez le recourant pouvait provoquer des douleurs dans le bassin telles que celles dont il souffre.

Partant, le seul fait que le recourant ait subi un accident voilà près de trente ans est à l'évidence insuffisant en l'absence de tout élément médical probant pour admettre que cet événement soit la cause des douleurs apparues en 2009.

A toutes fins utiles, et dans la mesure où les prétentions du recourant par rapport à l'intimée ne ressortent pas clairement du dossier, on rappellera que l'établissement du lien de causalité est une condition nécessaire à l'octroi de toutes les prestations de l'assurance-accidents, que celles-ci consistent en le remboursement de frais de traitements médicaux ou le versement d'une rente d'invalidité.

10. Eu égard aux considérations qui précèdent, le lien de causalité entre l'accident du 5 mai 1982 et les nouveaux troubles dont souffre le recourant doit être nié.

Dès lors, la décision entreprise n'est pas critiquable et le recours se révèle mal fondé.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :  
Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

La secrétaire-juriste : Christine PITTELOUD

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le