

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1570/2010

ATAS/689/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 22 juin 2010

En la cause

Monsieur G _____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

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

Intimée

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Patrick MONNEY, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur G_____ (ci-après l'assuré), né en 1951, a été victime d'un accident dans le cadre de son travail de chauffeur, le 15 décembre 2008. Il a reçu une pièce métallique sur la tête qui a entraîné un traumatisme crânien.
2. Selon la déclaration de sinistre du 18 décembre 2008, l'assuré a reçu une pièce métallique d'abord sur l'épaule puis, par ricochet, sur l'arrière de la tête. Le rapport médical du 10 février 2009 du Dr L_____ de l'Hôpital cantonal (HUG) diagnostique un traumatisme crânien non compliqué. Les indications du patient sont : "reçu une pièce métallique d'une hauteur de 5 mètres sur le crâne, pas de perte de connaissance, douleur épaule gauche et céphalées occipitales." Les constatations sont : "plaie occipitale, pas de fracture, pas d'hémorragie, ni hématome intracérébral." L'assuré est incapable de travailler du 15 au 18 décembre 2009. Le patient a repris le travail à 100% le 18 décembre 2008.
3. Selon le rapport du 10 mars 2009 du Dr M_____ (médecin-traitant), le diagnostic est un traumatisme crânien et cervical. L'évolution est lente avec des douleurs à la nuque et à la ceinture scapulaire surtout à la mobilisation active et passive. L'état actuel est celui de syndrome algique post traumatique. Une IRM cervico-dorsale doit être effectuée et toutes les réserves doivent être maintenues.
4. Selon le rapport médical du 22 avril 2009 du Dr N_____, neurologue, le patient a reçu une barre de fer d'environ 3 kilos qui est tombée d'une hauteur se situant entre 5 et 6 mètres. Il n'y a pas eu de perte de connaissance. Le patient se plaint d'acroparesthésies matinales de la main droite. Le médecin précise que le patient ne prend pas le traitement antalgique prescrit par son médecin-traitant. La résonance magnétique effectuée révèle des signes d'arthrose cervicale étendue avec une sténose canalaire mixte C3-C6. Il n'a pas de signe d'atteinte post-traumatique, ni de signes évidents de souffrance médullaire, ni de myélopathie compressive. La résonance magnétique de la colonne montre une déformation cunéiforme de D8 et plus discrète de D7-D9 associée à des hernies intraspongieuses. Le médecin signale dans les antécédents un traumatisme dorsal qui pourrait être à l'origine de la déformation cunéiforme. Le médecin conclut que le patient présente un syndrome cervical et dorsal discrets sans signe d'atteinte lésionnelle clinique radiculaire, ni tronculaire, dans les suites du traumatisme crânio-cervical qui a vraisemblablement décompensé une cervicarthrose préexistante. Le type de douleurs dont le patient se plaint évoque plutôt des douleurs musculaires que de vraies douleurs radiculaires. Les examens ont mis en évidence quelques signes irritatifs dans le biceps et une très discrète neuropathie du nerf médian droit dans le canal carpien qui pourrait expliquer les acroparesthésies matinales. Il faut suivre l'évolution clinique de près car il existe une étroitesse

canalaire cervicale qui, un jour ou l'autre, pourrait provoquer une atteinte radiculaire lésionnelle, voire une atteinte médullaire.

5. Le Dr M_____ confirme le 17 juillet 2009 son rapport du 10 mars 2009.
6. Les conclusions de l'IRM cervicale du 19 mars 2009 sont : "présence d'une sténose canalaire mixte de C3-C6 avec un degré de rétrécissement maximal au niveau C5-C6. Pas de signe franc de souffrance médullaire à ce niveau pour évoquer une myélopathie compressive."
7. Les conclusions de l'IRM de la colonne dorsale du 20 mars 2009 sont : "déformation cunéiforme de D8 et plus discrète de D7-D9 associée à des hernies intraspongieuses. Ancienne maladie de Scheuermann, plutôt que tassement vertébral post-traumatique récent. Quelques signes de lésions dégénératives discovertébrales à ce niveau."

La description de l'imagerie précise qu'il n'y a pas de signe flagrant d'une lésion traumatique récente, pas d'autre lésion osseuse, pas d'anomalie dans les tissus mous vertébraux, en particulier pas de trace d'un ancien hématome, mais une discopathie dégénérative.

8. Selon le rapport médical du 28 juillet 2009 du Dr N_____, la situation persiste malheureusement avec des cervico-brachialgies droites irradiant vers les trois premiers doigts de la main qui évoquent une irradiation radiculaire C6, ce qui irait bien avec les trouvailles de l'IRM qui avait mis en évidence des signes de sténose canalaire mixte cervicale prédominant au niveau C5-C6. Le médecin conclut que malgré que les examens neurologique et électroneuromyographique qui restent superposables à ceux effectués en avril 2009, l'anamnèse actuelle semble concordante pour une atteinte radiculaire algique essentiellement irritative C6 droite, sur cervico-discarthrose décompensée lors de la chute, raison pour laquelle, vu l'échec du traitement conservateur, il semble qu'un avis neurochirurgical soit indiqué.
9. Le Dr M_____ précise, le 7 octobre 2009, sous le paragraphe "circonstance sans rapport avec l'accident : début de cervicalgies discopathie (difficile de dire si post-traumatiques ou non) de C2 à C6" et confirme ses précédents rapports en mentionnant "évolution lente avec amélioration du syndrome radiculaire mais persistance des douleurs de la ceinture scapulaire si effort."
10. L'assuré a été soumis à un examen médical pratiqué le 28 janvier 2010 par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr O_____, chirurgien. Le médecin procède à un résumé précis du dossier médical, il détaille les déclarations du patient. En particulier, ce dernier se plaint de douleurs cervicales avec irradiation vers l'épaule droite et parfois la main, il y a un fond douloureux permanent. Il a plus mal assis que debout, supporte mieux la chaleur que le froid, il ne peut pas faire de

mouvements brusques, ni courir. Après quelques jours d'arrêt de travail suivant l'accident, il a repris son travail à 100%. Il éprouve une gêne dans son poste de travail en devant tourner et lever la tête pour suivre les mouvements de la grue. S'agissant du status, le médecin relève que le patient bouge bien la tête durant l'anamnèse, l'accroupissement et la marche, se font sans problème. Il n'y a pas de contractures cervicales mais une sensibilité du rachis. Le médecin mentionne, pour mémoire, les conclusions des IRM pratiquées les 19 et 20 mars 2009. S'agissant de l'appréciation du cas, le médecin précise que le patient, se plaignant de cervicalgies, a bénéficié de compléments d'investigation qui ont mis en évidence des troubles dégénératifs avec sténose canalaire au niveau cervical et des déformations cunéiformes au niveau médiadorsal, en relation avec une ancienne maladie de Scheuermann. Au terme de l'examen du jour, au vu du type de traumatisme, et en l'absence de lésions identifiées d'origine accidentelles, on peut conclure que les conséquences délétères de l'accident du 15 décembre 2008 sont éteintes.

11. Par décision du 10 février 2010, la SUVA met un terme à ses prestations avec effet au 28 janvier 2010 et précise que, depuis lors, le traitement est à la charge de l'assurance-maladie car il n'y a plus de séquelles accidentelles, au degré de la vraisemblance prépondérante.
12. Par pli du 6 mars 2010, l'assuré fait opposition, précisant qu'il ne ressentait pas de troubles avant l'accident.
13. Par décision sur opposition du 16 mars 2010, la SUVA rejette l'opposition et maintient sa décision, motif pris qu'en l'absence de lésions d'origine accidentelles, les douleurs du patient ne sont pas liées à l'accident mais dues à la cervicarthrose antérieure.
14. Par courrier du 31 mars 2010 à la SUVA, le Dr M_____ indique que si son patient n'avait pas eu de casque, il serait mort. Il affirme que le patient ne souffrait d'aucun problème à la colonne avant cet accident. Il a en effet constaté que le patient présentait un peu de cervicarthrose avant l'accident mais qu'il n'en souffrait pas. Ainsi, les douleurs présentées sont directement liées à l'accident. De plus, l'état de santé du patient n'est pas ce qu'il était avant l'accident. Le médecin estime incompréhensible qu'une évaluation soit faite en terme de loi et de règlement, la situation est celle d'un pot de terre contre un pot de fer.
15. Par acte du 29 avril 2010, l'assuré forme recours devant le Tribunal de céans. Il conclut à ce qu'il soit constaté que le syndrome douloureux dont il souffre est dû à l'accident et que le *statut quo ante* n'est pas rétabli.
16. Par courrier du 18 mai 2010, la SUVA persiste dans sa décision, conclut au rejet du recours et indique que l'argumentation du Dr M_____ n'apporte aucun élément médical susceptible de remettre en cause la décision.

17. La cause a été gardée à juger le 26 mai 2010.

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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

4. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de la part de l'intimée au-delà du 28 janvier 2010, plus particulièrement sur le lien de causalité entre les troubles et l'accident du 15 décembre 2008.

5. a) 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. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Il s'éteint également si l'incapacité de travail subsiste mais qu'elle n'est plus en relation de causalité avec une atteinte à la santé d'origine accidentelle (ATFA non publié U 193/03 du 8 octobre 2004, consid. 3). Le droit à l'indemnité suppose, cumulativement, l'existence d'un lien de causalité naturelle (ATF 129 V 181 consid. 3.1 et les références) et adéquate (ATF 129 V 181 consid. 3.2 et la référence) entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé. Le point de savoir si et dans quelle mesure une atteinte à la santé imputable à un accident a causé effectivement une incapacité de travail (ou de gain) donnant droit à des prestations, doit être tranché selon la règle de la vraisemblance prépondérante, usuelle en droit des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b).

b) 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.

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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c).

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. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 la référence ; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C_628/2007), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les références).

d) Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no 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*), sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

L'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subi des vertèbres ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 p. 45). Selon la doctrine médicale, une simple contusion ou distorsion vertébrale cesse de produire des effets après plusieurs mois (arrêt du TFA du 6 juin 1997 dans la cause C ; arrêt du TFA du 3 avril 1995 dans la cause O).

Le Tribunal Fédéral a eu l'occasion de rappeler que lorsque la nature particulière de la symptomatologie actuelle s'explique difficilement par la seule influence de l'accident, lequel n'est pas propre, selon le cours ordinaire des choses, à entraîner une telle symptomatologie, cela ne permet pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident n'est pas la condition *sine qua non* de la péjoration constatée. En effet, il n'est pas nécessaire qu'un accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé pour établir l'existence d'un lien de causalité naturelle. Il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références).

e) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites 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 p. 264). 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.

6. 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 158 consid. 1b; ATFA non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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 permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Le simple fait qu'un certificat médical soit établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à

mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le Tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office de l'assurance-invalidité (ATF 125 V 351 ; ATFA du 29 octobre 2003, I 321/03 consid. 3.1).

b) Enfin, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

7. Dans le cas d'espèce, la SUVA se fonde sur le rapport médical du médecin d'arrondissement du 28 janvier 2010 qui estime, au vu du type de traumatisme et de l'absence de lésion identifiée d'origine accidentelle, que les conséquences de l'accident du 15 décembre 2008 sont éteintes. Il se base sur les IRM pratiquées qui révèlent des troubles dégénératifs, en particulier une déformation cunéiforme de D8 et plus discrète de deux autres vertèbres, qui fondent le diagnostic différentiel de troubles de la croissance antérieurs des vertèbres, associés à de petites hernies intraspongieuses. Il pourrait s'agir d'une ancienne maladie de Scheuermann. À défaut de radiographies antérieures au traumatisme connu, on ne peut pas établir s'il y a eu une évolution. Cela serait un argument majeur dans le diagnostic différentiel, mais la vertèbre D8 ne présente pas les signes flagrants d'une lésion traumatique récente. Normalement, après une fracture vertébrale, il persiste durant plusieurs mois des anomalies de la moelle osseuse qui sont absentes dans ce cas. Il n'y a pas d'autres lésions osseuses visibles, ni d'anomalies visibles dans les tissus mous, en particulier pas de trace d'un ancien hématome.

L'assuré fait essentiellement valoir qu'il ne souffrait pas de douleurs avant l'accident, de sorte qu'elles sont dues à celui-ci. Son médecin-traitant confirme qu'il existait certes une légère cervicarthrose mais que le patient n'en souffrait pas et qu'il ne présentait aucun problème de la colonne avant l'accident. Il est vrai que le Dr N_____ mentionne que le traumatisme crânio-cervical a décompensé une cervicarthrose préexistante, mais il précise que le syndrome cervical et dorsal est discret, qu'il n'y a pas d'atteinte lésionnelle clinique, ni radiculaire, ni tronculaire, mais une neuropathie du nerf médian droit dans le canal carpien. Surtout, il retient que la cervicarthrose est préexistante à l'accident, ce que le médecin-traitant admet aussi.

Le Tribunal constate ainsi que les IRM pratiquées confirment l'existence de troubles dégénératifs antérieurs à l'accident et l'absence de lésions nouvelles suite à l'accident. Les conclusions médicales liées aux imageries ne peuvent certes pas totalement exclure une évolution après l'accident, faute d'images antérieures, mais elles soulignent l'absence de tout signe traumatique récent (lésion osseuse, lésions des tissus mous ou autre signe de souffrance médullaire), l'absence de tassement des vertèbres et la présence de signes de lésions dégénératives, de sorte que l'on se trouve en présence d'une sténose canalaire mixte, et d'une ancienne maladie de Scheuermann. Ainsi, le rapport du médecin d'arrondissement de la SUVA, certes succinct, n'en est pas moins convaincant lorsqu'il indique qu'en fonction du type de traumatisme subi, de l'absence de lésion d'origine accidentelle, il faut conclure que les conséquences de l'accident ont pris fin le 28 janvier 2010 en tout cas.

Sans contester les troubles et douleurs ressentis par l'assuré, il faut admettre, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, que ceux-ci ne sont pas la conséquence de l'accident du 15 décembre 2008, mais de troubles préexistants établis médicalement. L'avis du médecin-traitant, dont l'empathie est compréhensible, ne permet pas de remettre en doute le rapport médical probant du médecin d'arrondissement, fondé sur une anamnèse complète, l'interprétation des imageries médicales et les plaintes du patient. Le fait qu'il soit possible, mais pas probable, que l'accident soit une des causes des troubles, n'est pas suffisant selon la jurisprudence.

Il y a lieu par conséquent de retenir que le lien de causalité naturelle entre les douleurs ressenties par l'assuré et l'accident du 15 décembre 2008 n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Partant, l'intimée est fondée à mettre un terme à ses prestations dès le 28 janvier 2010.

8. Le recours doit par conséquent être rejeté.

**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

Aline MARC-PELLANDA

Sabina MASCOTTO

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