REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/168/2004 **ATAS/153/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 3

du 16 février 2006

En la cause

Monsieur R_____, domicilié Clos de la Colline 683, à Allinges, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître SIEGRIST Pierre	recourant

contre

COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE, direction pour la Suisse romande, 54 quai Gustave-Ador à Genève	intimée

Siégeant : Madame Karine STECK, Présidente,
Mesdames Juliana BALDE et Maya CRAMER, Juges

EN FAIT

1. Monsieur R_____ né le _____, a été engagé le 14 août 2000 en qualité de contremaître par l'entreprise A_____ SA à Veyrier. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accident professionnel et non professionnel auprès de la NATIONALE SUISSE ASSURANCES (ci-après: la "NATIONALE").

2. En date du 4 septembre 2000, l'employeur a annoncé à la NATIONALE que l'assuré avait été victime d'un accident : en glissant dans l'enrochement du port de Thonon-Les-Bains (F), le 2 septembre 2000, il s'était blessé dans la partie lombaire du corps, côté gauche. Les premiers soins avaient été dispensés par le Dr GD_____.

3. Le Dr GD_____ a indiqué, dans son rapport du 22 septembre 2000, que le patient l'avait consulté pour un lumbago et sciatique gauche, le 4 septembre 2000, suite à l'accident du 2 septembre. Il a diagnostiqué une hernie discale gauche repoussant la racine L5 responsable de la symptomatologie d'alors. Le Dr GD_____ a précisé qu'il s'agissait d'une aggravation d'un état antérieur. En effet, l'assuré avait souffert de lumbago et de sciatique suite à une chute en 1996; cet évènement avait d'ailleurs été précédé de plusieurs antécédents de lumbago. Un scanner pratiqué en 1991 avait montré une hernie latérale gauche entre L5-S1 qui ne touchait pas les rachis. Une incapacité totale de travail du 4 au 17 septembre 2000 a été constatée.

4. Le diagnostic du Dr GD_____ reposait sur le rapport de tomodensitométrie lombaire du 8 septembre 2000, établi par le Dr L_____ du Centre d'Imagerie médicale de Thonon-les-Bains, selon lequel il existait une hernie discale para-médiane gauche et foraminale gauche en partie migrée vers le bas, refoulant la racine L5 gauche vers l'arrière en L4-L5, très vraisemblablement responsable de la symptomatologie clinique actuelle. Une discopathie gauche L5-S1, déjà connue, était aussi constatée.

5. La Clinique du Dos de l'Hôpital de La Tour a établi son rapport médical, signé par un médecin dont la signature n'est pas reconnaissable (vraisemblablement le Dr A_____), en date du 26 septembre 2000 Il y est indiqué que le patient a consulté pour des blocages lombaires récidivants, suite à une chute le 3 septembre 2000. Les diagnostics posés sont les suivants : syndrome radiculaire L5 gauche et hernie discale non compressive. Les médecins ont estimé que l'affection ressortait à la maladie, le lien de causalité entre les symptômes et l'accident ne pouvant pas être clairement établi. Il existait en effet un état pathologique antérieur à l'accident et partant, ce dernier n'était pas l'unique cause de la symptomatologie. De l'avis du médecin, le cas devait donc être pris en charge, complètement ou partiellement, par l'assurance-maladie.

6. Ce même médecin a précisé dans un rapport médical LAA du 10 octobre 2000, que le patient souffrait de lombalgies chroniques depuis 1989. Il a posé les diagnostics de syndrome radiculaire L5 gauche et de hernie discale L4-5 et attesté d'une incapacité de travail totale dès le jour de l'accident. S'agissant de la question de la relation de causalité entre les troubles constatés et l'accident, le médecin a indiqué que, compte tenu des lombalgies antérieures, la probabilité d'un lien entre la hernie discale et l'accident était faible.

7. Dans l'intervalle, l'assuré a retourné à la NATIONALE le questionnaire relatif au déroulement de l'accident du 2 septembre 2000. Il a expliqué qu'en voulant amarrer une annexe à la dérive, il a glissé sur la roche; déséquilibré, il a chuté en arrière et ressenti une douleur vive électrique dans le bas du dos qui l'a immédiatement bloqué. Il a été traité par le Dr A_____ de la clinique du dos de l'Hôpital de la Tour et a suivi une physiothérapie auprès de Monsieur M_____. Il a confirmé avoir déjà rencontré des problèmes lombaires, suite à des accidents intervenus entre 1991 et 1997, notamment des chutes d'échelles. Il avait aussi été projeté par une pelle de 20 tonnes contre une façade le 16 juillet 1999. Tous ces accidents étaient intervenus lorsqu'il travaillait auprès de son employeur précédent, l'entreprise L_____SA et la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA) les avait pris en charge.

8. En date du 18 octobre 2000, la NATIONALE, après avoir consulté son médecin conseil, a informé l'assuré que l'événement du 2 septembre 2000 serait pris en charge mais pour une durée limitée, les indemnités journalières de même que les prestations afférentes aux soins médicaux n'étant servies que pendant trois mois au maximum. L'intervention chirurgicale prévue pour le mois de décembre 2000 ne serait pas prise en charge, puisqu'elle n'était pas la suite directe de l'accident.

9. L'événement du 2 septembre 2000 ayant été annoncé, en tant que possible rechute, à la SUVA - qui avait pris en charge les accidents précédents - celle-ci s'est également livrée à une appréciation médicale de la situation.

10. Dans un rapport médical du 13 novembre 2000, le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a rappelé que l'assuré avait été victime de trois accidents. En 1997, il a fait une chute de 2.50 mètres qui lui a occasionné de multiples contusions et un syndrome vertébral lombaire post-traumatique. En juillet 1999, il a été heurté par le godet d'une machine de chantier, ce qui a provoqué des contusions à la hanche ("accident bagatelle"). Au mois d'octobre 1999, il a chuté en descendant les escaliers et a été touché au dos. Selon le Dr G_____, il s'est agi de trois accidents de gravité faible à moyenne, le statu quo ante ayant été atteint à chaque fois. Partant, il a jugé que la SUVA n'avait pas à intervenir s'agissant de l'événement du 2 septembre 2000 et qu'il revenait à la NATIONALE de prendre en charge les suites de cet accident, y compris l'intervention chirurgicale, tant que le statu quo ante n'était pas atteint.

11. La SUVA a transmis à la NATIONALE, par lettre du 15 novembre 2000, le rapport du Dr G_____ du 13 novembre 2000, accompagné d'un certain nombre de pièces, notamment médicales, dont il ressortait que l'assuré avait aussi fait des chutes en 1989 et en 1991. Une petite hernie discale médio-latérale gauche L5-S1, partiellement calcifiée, mais ne touchant pas les racines, avait d'ailleurs été constatée lors d'une scanographie lombaire effectuée le 23 janvier 1991. Dans ce courrier, la SUVA confirmait son refus de prendre en charge l'événement du 2 septembre 2000, tout en invitant la NATIONALE à réexaminer sa position par rapport à l'intervention chirurgicale que l'assuré devait encore subir, programmée pour le 13 décembre 2000.

12. En date du 16 novembre 2000, le Syndicat interprofessionnel SYNA, représentant l'assuré, a écrit à la NATIONALE pour contester son refus de prendre en charge l'intervention chirurgicale et pour solliciter la communication d'une décision formelle, sujette à opposition.

13. Questionné au sujet de la prise en charge des suites de l'accident du 2 septembre 2000, le Dr Z_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin conseil de la NATIONALE, a rendu un rapport sur dossier en date du 27 novembre 2000. Il a adhéré à l'avis du Dr G_____ selon lequel l'événement du 2 septembre 2000 n'est pas une rechute des accidents précédents. Il a cependant estimé que, que compte tenu du caractère dégénératif des troubles dont souffrait l'assuré, l'on ne pouvait affirmer que la hernie discale constatée dans l'IRM du mois de septembre 2000 était en relation directe avec l'accident du 2 septembre 2000. Toutefois, il a admis que l'accident avait vraisemblablement décompensé la symptomatologie algique, raison pour laquelle il a proposé à la NATIONALE de prendre en charge l'intervention chirurgicale préconisée, l'intervalle entre l'accident et cette intervention étant d'ailleurs relativement court.

14. Par courrier du 5 décembre 2000, la NATIONALE a informé l'assuré qu'elle prendrait en charge l'intervention chirurgicale prévue au mois de décembre 2000.

15. L'assuré a été opéré par le Dr M_____, neurochirurgien FMH à la clinique du Dos de l'Hôpital de la Tour, en date du 15 décembre 2000. Selon l'anamnèse pré-opératoire, le patient était connu pour une discopathie dégénérative L5-S1 depuis plusieurs années. Le scanner montrait une discopathie dégénérative avec une hernie L4-L5, légèrement luxée vers le bas. A l'issue de l'intervention, qui a consisté en une discectomie L4-L5 par voie interlamaire et en une foraminectomie L5 gauche, la situation était calme et la racine nettement plus détendue.

16. Par décision du 8 janvier 2001, la SUVA a communiqué à l'assuré son refus de prendre en charge les suites de l'accident du 2 septembre 2000, celui-ci n'étant pas en relation de causalité avec les accidents couverts par cette assurance auparavant.

17. Par lettre du 16 janvier 2001, la société DAS, protection juridique, a fait savoir à la SUVA que dans la mesure où le cas était pris en charge par la NATIONALE, auprès de laquelle l'employeur actuel était affilié, l'assuré renonçait à faire opposition à la décision du 8 janvier 2001. Toutefois, si des éléments médicaux nouveaux devaient mettre en évidence une relation de causalité entre les troubles consécutifs à l'événement du 2 septembre 2000 et les accidents pris en charge précédemment par la SUVA, l'assuré se réservait le droit d'annoncer la rechute.

18. Le 24 janvier 2001, l'assuré a effectué une visite de contrôle auprès du Dr M_____, qui l'avait opéré. Le médecin a constaté que, dans l'ensemble, le patient allait bien et que la cicatrice était calme et indolore. Il persistait quelques tiraillements occasionnels au niveau du mollet et quelques douleurs lombaires. Selon l'évolution, une reprise du travail pouvait être envisagée pour le début du mois de mars.

19. Le 20 février 2001, la NATIONALE a demandé au Dr B_____, médecin généraliste à Anthy (F), de retourner la formule rapport médical intermédiaire, dûment complétée. Dans son rapport du 26 mars 2001, le médecin traitant a précisé que son patient suivait une rééducation, l'arrêt de travail étant encore de durée indéterminée.

20. En date du 4 avril 2001, la NATIONALE a demandé au Dr M_____ de bien vouloir formuler un pronostic quant à une reprise de travail, même partielle, de l'assuré. Le Dr M_____ a répondu que, n'ayant pas revu le patient depuis le contrôle du 24 janvier 2001, il ne pouvait pas se prononcer sur la reprise de travail. Selon ses constatations du mois de janvier, une reprise à temps partiel aurait pu être envisagée, bien que cela ne soit pas facile compte tenu de la profession exercée par l'assuré.

21. Dans un rapport intermédiaire du 26 juin 2001, le Dr B_____, a indiqué que l'assuré pouvait reprendre le travail à 50% depuis le 4 juin 2001.

22. Le 23 août 2001, l'employeur a annoncé à la NATIONALE que l'assuré, en date du 15 août 2001, avait trébuché sur l'infrastructure en pavés et béton du port de Clarens à Montreux, alors qu'il se promenait avec son chien. Selon la déclaration d'accident, l'assuré était tombé de sa hauteur sur le postérieur. Le Dr B_____ avait prodigué les premiers soins.

23. En date du 10 octobre 2001, un inspecteur de la NATIONALE a rendu visite à l'assuré. Il ressort de son rapport que l'assuré avait repris son activité à 50% le 4 juin 2001, et que ses nouvelles fonctions l'obligeaient à circuler davantage en voiture. L'assuré avait arrêté la physiothérapie depuis environ deux mois. Estimant qu'il ne pouvait plus reprendre son activité normale, il avait déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, en vue d'une reconversion professionnelle. Quant à l'accident du mois d'août 2001, il n'a fait que réactiver la sciatique gauche.

L'inspecteur a retenu qu'une expertise médicale n'était pas nécessaire, vu que l'AI allait sûrement en mettre en place une.

24. Dans un rapport intermédiaire du 18 octobre 2001, relatif à l'accident du 2 septembre 2000, le Dr B_____ a indiqué que l'assuré souffrait toujours de douleurs exacerbées par les efforts et la conduite d'un véhicule. Une reprise de travail à 50% avait eu lieu au mois de juin 2001.

25. Le 15 janvier 2002, une IRM de la colonne lombaire a été effectuée. Le rapport du Dr P_____, spécialiste FMH en radiologie et neuroradiologie, a mis en évidence une discopathie L4-L5 et L5-S1, avec une petite hernie discale paracentrale au niveau L5-S1 à gauche, en relation étroite avec la racine S1 dans le récessus latéral, cette dernière racine pouvant se trouver dynamiquement comprimée. Au niveau opéré L4-L5, il n'y avait pas de récidive de hernie.

26. Sur demande de l'assurance, le Dr Z_____ a effectué une expertise afin de déterminer si le statu quo sine ou le statu quo ante, après l'accident du 2 septembre 2000, avait été atteint. Après avoir examiné l'assuré le 30 janvier 2001, l'expert a rendu son rapport en date du 21 mars 2002. L'expertise a présenté les antécédents médicaux de l'assuré, résumé le dossier médical de la SUVA et exposé l'anamnèse personnelle et professionnelle ainsi que les plaintes subjectives de l'expertisé. Le Dr Z_____ a examiné les radiographies de la colonne lombaire de 1991 et de 1999, les scanners lombaires de 1991 et de 2000 et l'IRM de la colonne lombaire du 15 janvier 2002. Il a retenu comme diagnostics : une hernie discale L4-L5 gauche, une lombo-sciatalgie chronique, une hernie discale L5-S1 gauche et des cervicalgies chroniques. S'agissant de la causalité naturelle, l'expert a jugé que la relation de causalité entre la hernie discale L4-L5, mise en évidence sur l'IRM de septembre 2000, et l'accident du 2 septembre 2000 n'était pas très vraisemblable mais que l'accident avait toutefois très nettement décompensé la symptomatologie algique, raison pour laquelle il estimait raisonnable que la NATIONALE prenne en charge l'événement jusqu'à obtention du statu quo sine. Quant aux lombalgies chroniques, elles existaient depuis 1989, mais l'accident avait aggravé nettement la situation, raison pour laquelle la prise en charge jusqu'au statu quo sine était justifiée. La hernie discale L5-S1 était déjà connue depuis 1991 et l'IRM du 15 janvier 2002 n'avait pas montré d'aggravation du status par rapport à 1991. Partant, il n'y avait selon lui pas de relation avec l'accident de septembre 2000. Enfin, le dernier diagnostic de cervicalgies chroniques n'avait pas de relation avec l'accident. L'expert a ensuite conclu que le statu quo sine de la hernie discale L4-L5 et des lombalgies avait été atteint au plus tard un an après l'intervention chirurgicale de décembre 2000. Les douleurs persistantes que présentait l'assuré, pouvaient être expliquées par d'autres raisons médicales, notamment la hernie discale L5-S1 et l'arthrose inter-apophysaire postérieure. Le fait que ces douleurs aient été un peu plus importantes qu'avant l'accident du 3 septembre 2000 (recte: 2 septembre 2000) n'avait, de l'avis de l'expert, plus d'une année après l'intervention du 17 décembre

2000, qu'une relation de causalité possible avec cet accident. L'IRM du 15 janvier 2002 mettait d'ailleurs en évidence une évolution relativement favorable au niveau L4-L5 sans récidive de hernie, ni fibrose post-opératoire marquée.

27. En date du 18 avril 2002, la NATIONALE a informé l'employeur de l'assuré, la société S_____ SA - anciennement A_____SA -, que selon les conclusions de l'expert mandaté, l'incapacité de travail de l'assuré n'était plus en relation avec l'accident du 2 septembre 2000, le statu quo sine ayant été atteint au mois de décembre 2001. Partant, l'assurance mettait fin au versement des indemnités journalières dès le 30 avril 2002, le remboursement des indemnités perçues en trop n'étant pas réclamé. L'incapacité de travail de l'assuré ressortant de la maladie, il appartenait à l'assurance perte de gain en cas de maladie de servir les indemnités journalières.

28. Par courrier séparé du 13 mai 2002, la NATIONALE a informé HELSANA ASSURANCES SA, en sa qualité d'assureur maladie, de sa décision de mettre un terme au versement des prestations d'assurance.

29. Par l'intermédiaire de son conseil, Me Alain BEAUSEROY, avocat à Lausanne, l'assuré a contesté, en date du 6 juin 2002, la position de la NATIONALE. A son avis, son incapacité de gain trouve son origine dans les différents accidents dont il a été victime et ne ressort pas de la maladie. Il a donc invité l'assurance à reprendre le paiement de l'indemnité journalière.

30. Le 18 septembre 2002, Me Pierre SIEGRIST, avocat à Genève et succédant à Me BEAUSEROY, a écrit à la NATIONALE en l'invitant à se déterminer sur le courrier de son confrère du 6 juin 2002 et à lui adresser le décompte des indemnités journalières dès le 15 mai 2002.

31. Après avoir interpellé l'assuré afin de vérifier si une solution négociée pouvait être trouvée, la NATIONALE a rendu une décision en date du 5 novembre 2002, dans laquelle elle a confirmé les termes de ses précédents courriers, singulièrement que le statu quo sine avait été atteint au plus tard un an après l'intervention du 17 décembre 2000 (recte: 15 décembre 2000). Partant, elle refusait d'octroyer les prestations d'assurance (prise en charge du traitement médical et octroi des indemnités journalières) au-delà du 30 avril 2002 et se réservait le droit de réclamer le remboursement des prestations perçues en trop. L'octroi d'une rente invalidité ne se justifiait pas non plus, dès lors que la réduction de la capacité de gain de l'assuré ne trouvait pas son origine dans l'accident du 2 septembre 2000. Enfin, la NATIONALE a nié l'existence d'un quelconque droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

32. Contre cette décision, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a formé opposition en date du 5 décembre 2002. Il a fait valoir qu'il n'y avait pas lieu de réduire les prestations d'assurance lorsque l'atteinte à la santé n'était que

partiellement imputable à l'accident. Il a aussi contesté les conclusions de l'expert. Le recourant a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi des prestations d'assurance légales, le statu quo ante n'ayant pas été atteint.

33. Par décision sur opposition du 31 octobre 2003, la NATIONALE a persisté dans les termes de sa décision et nié le droit à toute prestation d'assurance au-delà du 18 décembre 2001. Se fondant sur les conclusions de l'expertise, l'assurance a retenu que le statu quo ante avait été atteint une année après l'intervention chirurgicale et que, partant, les troubles constatés lors de la dernière expertise du mois de mars 2002 n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 2 septembre 2000.

34. L'assuré a interjeté recours contre cette décision par devant le Tribunal de céans en date du 29 janvier 2004. Il soutient que l'accident dont il a été victime au mois de septembre 2000 était beaucoup plus grave que ce que l'assureur a retenu. Il reproche à la NATIONALE d'avoir mal interprété les conclusions de l'expert, qui avait qualifié de possible la relation de causalité entre l'accident et les troubles encore constatés. Le recourant considère qu'il y a lieu de faire application de l'art. 36 LAA, une disposition qui modère les exigences posées en matière de relation de causalité et conclut à l'annulation de la décision sur opposition querellée, à l'octroi des prestations d'assurance, y compris à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. A l'appui de son recours, le recourant produit en particulier un certificat de son médecin traitant, le Dr B_____, du 19 février 2001, qui atteste que le recourant n'a aucun antécédent médical particulier et qu'il a eu un arrêt de travail durant la dernière année suite à un accident.

35. Invitée à répondre, la NATIONALE a conclu, dans sa détermination du 8 avril 2004, au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition. L'intimée a notamment réaffirmé que les troubles dont souffrait le recourant n'avaient aucun lien de causalité avec l'accident du 2 septembre 2000, ni avec les accidents précédents, le statu quo ante ayant été retrouvé à chaque reprise. Elle a maintenu que les circonstances de l'événement du 2 septembre 2000 n'étaient pas propres en elles-mêmes à provoquer une hernie discale. Dans la mesure où l'accident n'avait donc pu que déclencher la hernie et non pas la provoquer, l'assurance n'était tenue qu'à prendre en charge les suites directes de l'accident, ce qu'elle a fait. Enfin, elle a estimé que l'interprétation de l'art. 36 LAA faite par le recourant n'était pas pertinente.

36. Dans sa réplique déposée le 29 juin 2004, le recourant a persisté à affirmer que l'événement du 2 septembre 2000 avait été de nature à provoquer la hernie. Il a demandé, à titre très subsidiaire, à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée, afin de déterminer la nature accidentelle de l'atteinte à la santé.

37. L'intimée, dans sa duplique du 13 septembre 2004, a maintenu que l'accident n'avait pas provoqué la hernie, l'expertise du Dr Z_____, qui emportait la conviction,

de même que l'ensemble du dossier médical, étant clairs et concluants à ce sujet. La NATIONALE a conclu au rejet de la demande d'une expertise supplémentaire.

38. La duplique de l'intimée a été communiquée au recourant et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. a. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

   b. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'accident a eu lieu le 2 septembre 2000, l'assurance ayant mis un terme aux prestations avec effet au mois de décembre 2001, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 31 octobre 2003 à la lumière des anciennes dispositions de la LAA pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

c. Interjeté dans les formes et délai légaux, devant l'autorité compétente, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003, en dérogation à l'art. 60 LPGA).

3. a. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 avril 2002, date à laquelle l'intimée a mis un terme aux prestations d'assurance.

b. En application de l'art. 6 LAA, dont la teneur n'a pas été modifiée par l'entrée en vigueur de la LPGA, l'assureur-accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA), 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, 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). Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 181 consid. 3.2; 405 consid. 2.2; 125 V 461 consid. 5a et les références ; 115 V 405 consid. 4a).

4. a. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements des 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. La jurisprudence a souligné à cet égard que 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 la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 nos 3 et 4; DEBRUNNER/RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; MEYER-BLASER, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093). *A contrario*, 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 a été causé ou aggravé par l'accident.

b. Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte (arrêts publiés S. du 29 février 2000, U 146/99, N. du 8 février 2000, U 138/99, N. du 7 février 2000, U 149/99, B. du 7 janvier 2000, U 131/99, S. du 5 janvier 2000, U 103/99; arrêts non publiés F. du 27 décembre 1999, U 2/99, S. du 4 juin 1999, U 193/98, R. du 30 avril 1999, U 228/98, S. du 22 janvier 1999, U 69/98, S. du 26 août 1996, U 159/95, M. du 21 juin 1996, U 206/94, S. du 7 avril 1995, U 238/94 et J. du 10 octobre 1994, U 67/94).

Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (arrêt S. du 26 août 1996, U 159/95; DEBRUNNER/RAMSEIER, op. cit., p. 54 ss, en particulier p. 56).

c. Il y a lieu d'ajouter que 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 subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (ATFA non publié U 149/04, du 6 septembre 2004, consid. 2.3;

ATFA non publié U 52/98 du 5 février 1999; ATA N. du 2 mars 1999). Ainsi, un traumatisme dorso-lombaire sans lésion osseuse cesse en principe de produire ses effets après plusieurs mois (ATFA non publiés U 194/94 du 3 avril 1995 et U 99/93 du 22 novembre 1993).

5. a. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'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 enfin que 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 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

b. Selon la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la CNA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 sv. consid. 3b/ee).

c. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). 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 (RAMA 1993, no K 921, p. 159, consid. 3b; ATA R. du 21 novembre 2000).

6. Dans le cas d'espèce, l'intimée a retenu, à la lecture du rapport d'expertise du Dr Z_____ du 27 mars 2002, que les troubles physiques dont souffre le recourant ne sont plus, au-delà du 18 décembre 2001 et a fortiori du 30 avril 2002 (date à laquelle l'intimée a cessé le versement de ses prestations), en relation de causalité naturelle avec la chute du 2 septembre 2000.

   Le recourant conteste cette appréciation de manière générale et soutient que son incapacité de travail est totalement et exclusivement la suite de l'événement du 2 septembre 2000, voire la suite des divers accidents survenus antérieurement, que l'intimée doit couvrir. Le recourant semble aussi contester, à tout le moins de manière implicite, l'existence d'un état maladif antérieur.

7. Il y a lieu en l'occurrence de constater que tous les avis médicaux figurant au dossier indiquent que le recourant est atteint de troubles dégénératifs de la colonne lombaire, préexistants à l'accident du 2 septembre 2000. Le Dr GD_____, que le recourant a consulté deux jours après l'accident, a indiqué que son patient souffrait de lumbago depuis 1991, date à laquelle une discopathie L5-S1 avait été détectée. Le médecin de la Clinique du dos de l'Hôpital de la Tour a aussi clairement affirmé que le patient souffrait de lombalgies de longue date, mises en évidence en 1989. Le rapport de scanographie lombaire effectuée le 23 janvier 1991 mettait déjà en évidence une petite hernie médio-latérale gauche L5-S1.

   L'accident du 2 septembre 2000 n'a donc fait qu'aggraver l'état maladif préexistant, et n'est pas la seule cause de l'apparition de la hernie discale L4-L5 gauche, étant précisé que le recourant a fait une chute de sa propre hauteur. Dans ces circonstances, l'assurance-accidents n'était tenue de prendre en charge les suites de l'accident que jusqu'au rétablissement du statu quo ante ou quo sine.

   A cet égard, rien ne permet de s'écarter des conclusions du Dr Z_____, son rapport du 21 mars 2002 remplissant toutes les conditions auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. Il comprend en effet un résumé clair et chronologique du dossier et fait état de tous les rapports médicaux rédigés et figurant au dossier, y compris du dossier médical de la SUVA. Il tient compte des déclarations et des plaintes du patient. Il comprend par ailleurs un examen complet de ce dernier et du dossier radiologique, dont une IRM du 15 janvier 2002. Les points litigieux ont fait l'objet d'une étude circonstanciée. Le rapport du Dr Z_____ comporte, enfin, une appréciation médicale claire et sans équivoque.

   C'est ainsi que s'agissant des douleurs lombaires basses persistantes, le Dr Z_____ relève qu'elles ont fait leur apparition en 1989, après une première chute d'une échelle et n'ont plus disparu. Selon l'expert, le fait que ces douleurs soient, selon les déclarations du patient, plus importantes qu'avant l'accident du 2 septembre 2000 n'est très vraisemblablement plus imputable, une année après

l'intervention chirurgicale du 15 décembre 2000, à l'accident. D'autres raisons, notamment l'arthrose inter-apophysaire postérieure et la hernie discale L5-S1 peuvent les expliquer. En ce qui concerne la hernie discale L4-L5 gauche, l'intervention chirurgicale s'est déroulée avec succès, l'IRM du 15 janvier 2002 confirmant une évolution relativement favorable au niveau L4-L5 sans récidive de hernie, ni fibrose post-opératoire marquée. Partant, le statu quo sine a été obtenu tout au plus un an après l'intervention. En ce qui concerne la hernie discale L5-S1, elle était connue depuis 1991, l'IRM du 15 janvier 2002 ne montrant pas d'aggravation du status. Il n'y a donc pas de relation de causalité avec l'accident. Enfin, le dernier diagnostic de cervicalgies chroniques n'aurait aucune relation de causalité avec l'accident du 3 septembre 2000.

Ces conclusions concordent avec le dossier médical. Il y a lieu d'observer qu'aucun des médecins consultés n'a mis en cause l'existence de troubles dégénératifs préexistants. Le médecin de la clinique du dos de l'Hôpital de La Tour a d'ailleurs précisé que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les symptômes apparus après celui-ci ne pouvait pas être clairement établi, compte tenu de l'état pathologique antérieur. S'agissant tout particulièrement de la hernie discale, il a estimé qu'il y avait une faible probabilité que celle-ci fût en relation avec l'accident.

8. C'est donc à juste titre que l'expert a considéré que l'accident, à savoir une chute de sa propre hauteur en direction axiale, ne pouvait jouer un rôle dans la persistance de la symptomatologie que pendant une période limitée, à savoir jusqu'à un an, tout au plus, après l'intervention chirurgicale. Cet avis est d'ailleurs corroboré par le Dr M_____, le médecin ayant opéré le recourant, qui avait préconisé, au mois de janvier 2001, une reprise du travail selon l'évolution pour le début du mois de mars 2001.

   Dans ce contexte, la simple déclaration du 19 février 2001 du Dr B_____, médecin traitant, selon laquelle le recourant n'avait aucun antécédent médical particulier, n'est pas de nature à faire douter du bien-fondé des conclusions du Dr Z_____. Il s'agit en effet d'un avis isolé, non étayé et au demeurant contredit par l'ensemble du dossier médical.

9. Ainsi, il est établi au degré de vraisemblance requis que les troubles lombaires présentés par le recourant au-delà du mois de décembre 2001, voire du 1er mai 2002, ne sont plus en relation de causalité naturelle avec l'accident du 2 septembre 2000. Contrairement à l'avis du recourant, le simple fait qu'une telle relation de causalité est possible n'est pas suffisant pour fonder son droit à des prestations.

   En tant que les constatations médicales ressortant du dossier sont suffisantes pour statuer, il n'y a pas lieu de procéder à une expertise complémentaire.

10. Le recourant invoque encore, à titre subsidiaire, que l'accident du 2 septembre 2000 pourrait constituer une rechute des accidents précédents, pris en charge par la SUVA. L'accident du 2 septembre 2000 a d'ailleurs également été annoncé à la SUVA comme possible rechute.

    Sur avis de son médecin d'arrondissement, cette dernière a considéré que le statu quo ante avait été recouvré à chaque fois et que partant, l'événement du 2 septembre 2000 constituait un nouvel accident, qui devait être pris en charge par le nouvel assureur.

    Le recourant n'a pas contesté la décision de la SUVA refusant de prendre en charge l'accident du 2 septembre 2000. Il n'a pas non plus contesté ses décisions précédentes mettant fin au versement des prestations. Enfin, il ne remet pas non plus sérieusement en cause les conclusions du Dr G_____.

    En tout état de cause, cette question ne relève pas du cadre de la présente procédure, qui oppose le recourant à la NATIONALE.

11. Le recourant ne saurait non plus se prévaloir de l'application l'art. 100 al. 2 OLAA, disposition qui prévoit que si l'assuré est victime d'un nouvel accident alors qu'il est toujours en traitement pour un ou plusieurs accidents, mais après qu'il ait repris une activité soumise à assurance, l'assureur tenu de lui verser les prestations pour le nouvel accident alloue aussi les prestations pour les accidents précédents dans la mesure où le nouvel accident donne droit à des indemnités journalières.

    En l'espèce, il ressort du dossier de la SUVA que le recourant a été victime d'un accident en date du 31 octobre 1999, en chutant des escaliers. Cet événement a été pris en charge par la SUVA qui a toutefois arrêté le versement de toutes ses prestations, soit aussi la prise en charge des traitements médicaux, bien avant l'événement du 2 septembre 2000.

    Il n'est donc ni allégué ni constaté que le recourant bénéficiait toujours d'un traitement pris en charge par la SUVA pour l'accident du 31 octobre 1999 lors de la survenance de l'accident du 2 septembre 2000.

12. Enfin, le recourant ne saurait prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) à cause des douleurs lombaires, vu l'absence de lien de causalité entre les troubles présentés et l'accident de septembre 2000 (ATFA non publié U 35/03, du 1er juin 2004, consid. 9).

13. Il résulte de ce qui précède que l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 31 octobre 2003, à nier le droit de l'assuré à des prestations d'assurance au-delà du 1er mai 2002.

14. Le recours doit être par conséquent rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière — La Présidente :

Janine BOFFI — Karine STECK

La secrétaire-juriste : Verena PEDRAZZINI RIZZI

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