RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2071/2005 **ATAS/50/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 24 janvier 2006

En la cause

Monsieur P_____, représenté par la CAP Protection juridique, Mme Véronique ROSSE, dans les bureaux de laquelle il élit domicile	recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, ayant son siège Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE	intimée

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Isabelle DUBOIS et Karine STECK, Juges

EN FAIT

1. Monsieur P_____, ressortissant français né le 28 août 1947, a travaillé à plein temps pour les TRANSPORTS PUBLICS GENEVOIS (TPG) en tant que conducteur depuis le 1er décembre 1989 et était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).

2. Le 16 septembre 2002, l'employeur a rempli une déclaration d'accident LAA concernant l'assuré. Il a indiqué que celui-ci avait chuté sur le dos en descendant des escaliers chargé d'une caisse, le 5 septembre 2002, à son domicile.

3. Dans un rapport pour la SUVA daté du 21 novembre 2002, le Dr A_____, médecin traitant que l'assuré avait consulté le lendemain de sa chute, a diagnostiqué des rachialgies post-traumatiques et constaté une cervicalgie, une dorsalgie et une lombalgie basse dues exclusivement à son accident. Il a estimé que son patient présentait une incapacité totale de travail depuis le 6 septembre 2002.

4. En date du 3 mars 2003, l'assuré a annoncé qu'il était à nouveau capable de travailler à plein temps depuis le 6 janvier 2003 ; son traitement médical n'était toutefois pas terminé.

5. Dans un rapport du 4 août 2003, le Dr A_____ a expliqué que son patient souffrait de lombalgies chroniques et que son travail jouait probablement un rôle défavorable dans l'évolution de cette affection. Il a relevé que l'assuré avait évoqué la possibilité d'un changement de poste au sein des TPG qui consisterait à conduire des tramways au lieu des bus. Cette éventualité lui semblait être à envisager.

6. Le 4 septembre 2003, ce médecin a maintenu son diagnostic de lombalgies chroniques, tout en indiquant qu'une amélioration partielle était intervenue et que l'assuré avait repris son travail à plein temps depuis le 6 janvier 2003. Selon lui, une persistance des lombalgies était à craindre. Le traitement consistant en des prises d'antalgiques et des séances de kinésithérapie devait pour le surplus être poursuivi.

7. Lors d'un entretien téléphonique avec la SUVA le 9 décembre 2003, l'assuré a confirmé qu'il avait repris son travail depuis une année et qu'il conduisait des tramways au lieu des bus comme auparavant. Il a ajouté qu'il avait toujours un peu mal au dos, précisant toutefois que ses douleurs étaient supportables grâce aux séances de kinésithérapie.

8. Suite à un questionnaire daté du 16 novembre 2004 et destiné au médecin-conseil de la SUVA, le Dr A_____ a expliqué dans sa réponse non datée et reçue le 8 décembre 2004 que les lombalgies post-traumatiques dont souffrait l'assuré

persistaient par intermittence et qu'elles étaient favorisées par l'effort. Les radiographies et le scanner ne montraient pas de lésion osseuse ou discale ; son état était stabilisé. Le traitement n'était cependant pas terminé. Selon ce médecin, il était souhaitable que l'assuré évite de conduire. Il a toutefois précisé que si l'assuré ne pouvait pas changer de métier, la conduite d'un tramway serait préférable à celle d'un bus car elle entraîne moins de mouvements et de vibrations.

9. Sur demande de la SUVA, le Dr B_____, médecin-conseil de celle-ci, s'est déterminé dans un avis daté du 15 décembre 2004. Il a estimé que les conséquences de l'accident de l'assuré étaient éteintes puisque l'événement avait eu lieu plus de deux ans auparavant et qu'aucune lésion n'avait été identifiée sur son appareil squelettique. Par décision du 14 février 2005, la SUVA a dès lors mis fin au versement de ses prestations au 31 décembre 2004.

10. Par courrier du 21 février 2005, l'assuré s'est opposé à cette décision, faisant valoir que son dos le faisait souffrir et se bloquait au moindre mouvement ou effort. Il a expliqué qu'il avait été en arrêt maladie de février à novembre 2004 pour des raisons médicales étrangères à l'accident et qu'il avait repris son travail depuis lors, en précisant qu'il ne conduisait plus, ce qui lui avait permis d'espacer ses séances chez l'ostéopathe. Il risquait toutefois de devoir reprendre la conduite, ce qui lui faisait craindre une péjoration de son état de santé.

11. Par décision sur opposition du 2 mars 2005, la SUVA a confirmé sa décision initiale, en se fondant sur l'avis rendu le 15 décembre 2004 par le Dr B_____ et la doctrine médicale selon laquelle une simple contusion ou distorsion vertébrale cesse de produire ses effets après plusieurs mois. Les troubles présentés par l'assuré n'étaient par conséquent plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident. De plus, selon la SUVA, le fait que l'assuré ne se plaignait pas du dos avant sa chute n'était pas pertinent et ne constituait pas un moyen de preuve permettant d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents.

12. Dans un certificat daté du 2 mai 2005, le Dr C_____, spécialiste en rhumatologie, a déclaré que l'état de santé de l'assuré justifiait une cure thermale de trois semaines pour le traitement de ses lombalgies. La SUVA a refusé de prendre en charge cette mesure le 27 mai 2005.

13. Le 3 mai 2005, le Dr C_____ a rédigé un rapport dans lequel il indiquait que l'assuré avait repris son travail à 50% en tant que conducteur de tramways et à 50% dans un bureau. Celui-ci se plaignait d'un « dérouillage » matinal avec des difficultés à se tenir droit, ce qui s'était aggravé avec la reprise de la conduite. Le médecin a diagnostiqué, au moyen d'une IRM réalisée le 14 avril 2005, des lombalgies par discopathie et une probable hernie discale foraminale droite L4-L5. Il a expliqué qu'il n'y avait pas d'indication chirurgicale en l'absence de

radiculalgie ; le traitement médical reposait sur des infiltrations épidurales, ce que l'assuré avait refusé préférant une cure thermale. Il a également fait état d'une raideur segmentaire de la colonne lombaire en flexion, de douleurs paravertébrales L2-L3 à droite irradiant à la crête iliaque et d'une ossification de l'insertion du tendon d'Achille.

14. Dans un rapport du 8 juin 2005, le Dr A_____ a relevé le fait que, depuis son accident, l'assuré se plaignait constamment de douleurs lombaires, ce qui n'était pas le cas auparavant. Selon ce médecin, il y avait ainsi un rapport de cause à effet entre l'accident et les douleurs.

15. L'assuré a interjeté recours le 14 juin 2005. Il a fait valoir que les lombalgies dont il souffrait étaient d'origine post-traumatique et qu'elles nécessitaient encore un traitement, faits qui étaient attestés par le Dr A_____. De plus, l'IRM lombaire avait révélé une probable hernie discale qui résultait vraisemblablement de sa chute, puisqu'il n'avait jamais souffert du dos auparavant. Il a par conséquent estimé que la SUVA avait décidé à tort que le lien de causalité entre son accident et ses lombalgies devait être nié et qu'elle avait par ailleurs conclu trop hâtivement qu'il ne présentait pas de lésion sur l'appareil squelettique. L'assuré a ainsi demandé qu'une expertise médicale soit mise en œuvre pour déterminer si ses lombalgies étaient en lien de causalité avec son accident et a conclu à la prise en charge de ses frais de traitements par la SUVA au-delà du 31 décembre 2004.

16. Dans son mémoire-réponse du 5 septembre 2005, la SUVA a relevé qu'aucune lésion osseuse ou discale n'apparaissait sur les radiographies et le scanner selon le rapport du Dr A_____ reçu le 8 décembre 2004. Seule l'IRM pratiquée le 14 avril 2005 avait mis en évidence une discopathie avec une probable hernie discale. Un lien de causalité entre l'accident et les troubles de l'assuré était par conséquent exclu. Dans un rapport du 25 août 2005, le Dr D_____, spécialiste en chirurgie de la division de médecine de la SUVA, a confirmé l'appréciation du Dr B_____ du 15 décembre 2004. Il a relevé que l'assuré souffrait d'une simple contusion lombaire et qu'il avait été capable de travailler depuis le 6 janvier 2003. Il a considéré que la SUVA avait été plutôt généreuse en lui octroyant des prestations pendant plus de deux ans. Il a estimé que l'appréciation du Dr A_____ datée du 8 juin 2005 reposait uniquement sur le facteur temps (« post hoc, ego propter hoc ») et qu'elle n'était pas fondée médicalement. Ce spécialiste a fait remarquer que le radiologue s'était borné à faire allusion à une probable hernie discale et que, selon lui, il s'agissait plutôt d'une protrusion dégénérative bénigne sans indice de neurocompression. Il a indiqué pour le surplus que la chute de l'assuré ne revêtait pas une importance particulière pouvant causer une lésion du disque intervertébral. Il a par conséquent considéré qu'il était invraisemblable que l'assuré présente des séquelles de son accident après la fin de l'année 2004.

17. Par réplique du 28 octobre 2005, l'assuré a relevé que ses lombalgies avaient été mises en évidence immédiatement après son accident, ce qui n'était pas contestable. Il a reconnu que les documents radiologiques de l'époque (radiographies et scanner) n'avaient pas montré de lésion osseuse ou discale. Il a toutefois précisé que ces documents étaient « pauvres » et que les investigations médicales de l'époque n'étaient pas particulièrement ciblées. Ce n'était que devant la persistance de ses douleurs qu'il avait été décidé de mettre sur pied une IRM qui avait révélé une discopathie avec une probable hernie discale foraminale. Selon lui, on ne pouvait conclure que les affections qu'il présentait n'existaient pas avant cet examen et encore moins qu'elles n'étaient pas en relation de causalité avec son accident. Il a également fait valoir que, lors de son engagement aux TPG, il avait été soumis à un examen médical approfondi qui n'avait révélé aucune affection. L'hypothèse de la SUVA selon laquelle il présenterait un état dégénératif ne pouvait dès lors pas être suivie. Il a pour le surplus invité le Tribunal de céans à requérir la production de ce rapport médical.

18. Dans un courrier du 18 novembre 2005, la SUVA a renoncé à déposer formellement une duplique, au motif que l'assuré n'avait pas allégué d'élément nouveau. Elle a toutefois considéré que l'argumentation du recourant ne pouvait pas être suivie. En effet, les imageries de l'époque, loin d'être « pauvres », étaient suffisamment claires pour que le Dr A_____ puisse exclure une lésion osseuse ou discale. Plusieurs mois s'étaient ensuite écoulés et l'état de santé de l'assuré s'était amélioré, ce qui était normal à son âge. Le fait que l'IRM subséquente avait révélé une protrusion dégénérative bénigne n'avait rien de surprenant. En tout état de cause, les examens médicaux avaient pu exclure une relation de causalité naturelle entre les troubles de l'assuré et son accident. La SUVA a ajouté que la situation médicale de l'assuré était suffisamment instruite, de sorte qu'il ne se justifiait pas de procéder à une expertise médicale.

19. Après avoir transmis cette écriture au recourant le 21 novembre 2005, le Tribunal de céans a gardé la cause 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. Conformément à l'art. 56 V 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 sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er 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 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. En matière d'assurance-accidents, en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA). Au surplus, ce délai est suspendu du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement, conformément à l'art. 38 al. 4 let. a LPGA sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA.

   Déposé dans les forme et délai imposés par la loi, le présent recours est ainsi recevable.

5. Le litige porte sur le droit de l'assuré au versement des prestations de la SUVA au-delà du 31 décembre 2004, en particulier sur le lien de causalité entre les troubles qu'il présente actuellement et l'événement accidentel survenu le 5 septembre 2002.

6. En vertu de 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. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

7. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider

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. Il importe, pour conférer une valeur probante au rapport médical, que tous 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 122 V 160 consid. 1c et réf.; RJJ 1995 p. 44).

Il convient par ailleurs de préciser que 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 présomption 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 en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). Quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 352 consid. 3 b/cc et les références).

8. L'assureur accident 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 p. 337).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose donc 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 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 et les références; ATFA D. du 28 juin 1995).

9. En l'espèce, l'assuré fait valoir que les lombalgies dont il souffre sont d'origine post-traumatique ; il s'appuie pour cela sur les rapports du Dr A_____, son médecin traitant. Celui-ci a en effet observé, au lendemain de l'accident, des rachialgies post-traumatiques, une cervicalgie, une dorsalgie et une lombalgie basse chez l'assuré. Il a indiqué que ces lésions étaient dues exclusivement à la chute de l'assuré dans les escaliers. Dans un autre rapport non daté et reçu par la SUVA le 8 décembre 2004, ce médecin a confirmé la présence des lombalgies post-traumatiques. Selon lui, le fait que, depuis son accident, l'assuré se plaint constamment de douleurs lombaires, ce qui n'était pas le cas auparavant, démontre l'existence d'un rapport de cause à effet entre cet accident et ses lombalgies. On ne peut cependant adhérer à ce point de vue, puisque ce médecin se contente d'alléguer l'existence d'un lien de causalité en vertu du principe «post hoc, ergo propter hoc», lequel n'a pas de valeur probante, comme le Tribunal fédéral des assurances l'a précisé (ATF 119 V 341 s. consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b). Selon la jurisprudence, c'est en effet essentiellement à la lumière des renseignements d'ordre médical qu'il convient de trancher la question de la causalité naturelle, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

10. Le Dr B_____, sur l'avis duquel la SUVA a fondé sa décision du 14 février 2005, a estimé, le 15 décembre 2004, que les conséquences de l'accident de l'assuré étaient éteintes puisque l'événement avait eu lieu plus de deux ans auparavant et qu'aucune lésion n'avait été identifiée sur son appareil squelettique. Cette dernière affirmation correspond d'ailleurs au rapport du 16 novembre 2004 établi par le Dr A_____ selon lequel les radiographies et le scanner ne montraient pas de lésion osseuse ou discale ; l'état de l'assuré était par ailleurs stabilisé. Concernant le fait que l'accident a eu lieu en 2002, il convient d'observer que, selon la doctrine médicale, une simple contusion ou distorsion vertébrale cesse de produire ses effets quelques mois (six en général) après la survenance de l'événement accidentel (arrêts A. du 6 juin 2001, U 401/00 ; F. du 29 décembre 2000, U 199/00 ; arrêts non publiés C. du 6 juin 1997, U 131/96 et O. du 3 avril 1995, U 194/94). Il est ainsi invraisemblable que l'assuré présente des séquelles de son accident après la fin de l'année 2004.

11. Au vu de ce qui précède, la mise en œuvre de l'expertise médicale requise par l'assuré afin de déterminer si ses lombalgies sont en lien de causalité avec l'accident est superflue, le Tribunal de céans disposant de suffisamment d'éléments pour se déterminer. Au surplus, un rapport de cause à effet entre sa chute et une éventuelle lésion révélée par un tel examen ne saurait être établi, étant donné que les radiographies et le scanner réalisés suite à cet événement n'ont pas mis en évidence de lésion osseuse ou discale.

12. Pour le surplus, des lombalgies par discopathie et une probable hernie discale foraminale droite en L4-L5 ont été diagnostiquées pour la première fois chez l'assuré au moyen de l'IRM lombaire du 14 avril 2005 prescrite par le Dr C_____, spécialiste en rhumatologie. L'assuré fait valoir que ce n'était que devant la persistance de ses douleurs qu'il avait été décidé de réaliser cette IRM. Selon lui, et conformément au rapport du Dr C_____, les documents radiologiques dont les médecins disposaient auparavant étaient « pauvres » et les investigations médicales pas particulièrement ciblées. Il n'est dès lors pas possible de conclure que les affections qu'il présente n'existaient pas avant cet examen et encore moins qu'elles ne sont pas en relation de causalité avec son accident. Le point de vue de l'assuré ne saurait être suivi, comme la SUVA l'a relevé. L'imagerie ne peut en effet être considérée comme « pauvre » étant donné qu'elle a permis au Dr A_____ d'exclure toute lésion osseuse ou discale. Il convient dès lors d'admettre au degré de vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence que l'accident de l'assuré n'a pas provoqué d'hernie discale puisque celle-ci apparaît pour la première fois en avril 2004, c'est-à-dire plus de deux ans après la chute, bien que d'autres examens aptes à révéler une telle affection aient été pratiqués entre temps. De plus, le Dr C_____ a qualifié la hernie discale qu'il a lui-même diagnostiquée de probable. Il n'est dès lors pas certain que les lombalgies par discopathies dont souffre l'assuré soient provoquées par une hernie.

    Il y a lieu, par ailleurs, de rappeler que la littérature médicale démontre que pratiquement toutes les hernies discales sont dues à des lésions dégénératives des disques intervertébraux ; elles ne sont déclenchées qu'exceptionnellement, et sous certaines circonstances seulement, par un accident (ATFA Z. du 26 juillet 2000). Les précisions apportées par la doctrine médicale et la jurisprudence exposent qu'on peut considérer dans une large mesure qu'une hernie discale découle d'un accident, lorsque celui-ci est particulièrement grave, propre à entraîner une lésion des disques (ATFA S. du 26 août 1996, non publié, U 159/95 avec les références). En l'occurrence, la chute de l'assuré n'apparaît manifestement pas d'une importance telle qu'elle ait pu entraîner ce type de lésions puisqu'il est reconnu, ainsi que l'a confirmé le Dr D_____, qu'un traumatisme agissant essentiellement ou avant tout en direction axiale, par exemple sous forme d'une chute de sa propre hauteur n'est pas considéré comme «adéquat» (Wolfgang Meier, Hernie discale lombaire et accident, Informations médicales [de la CNA] no 68, décembre 1995. p. 16 in fine et 17 in initio ; arrêt non publié M. du 7 juillet 2004, U 179/03).

13. Contrairement au Dr C_____, le Dr D_____ auquel l'IRM a été soumise, est d'avis que l'assuré présente une protrusion dégénérative bénigne sans indice de neurocompression. Le fait que le Dr D_____ n'ait pas vu l'assuré, comme celui-ci le relève, n'est pas pertinent pour dénier toute valeur probante à son rapport, puisque selon la jurisprudence (RAMA 2001 n° U 438 p. 345, 1988 n° U 56 p. 370 consid. 5b), un rapport médical établi uniquement sur la base d'un dossier

a valeur probante, pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré. En l'occurrence, le Dr D_____ avait à disposition l'entier du dossier de l'assuré qui comprenait notamment l'IRM lombaire du 14 avril 2005 et les rapports médicaux du Dr A_____. Une pleine valeur probante doit dès lors lui être reconnue.

14. Selon la doctrine reprise par la jurisprudence, il est actuellement admis 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 (arrêt non publié M. du 7 juillet 2004, U 179/03 ; RAMA 2000 n° U 363, p. 46 consid. 3a et la référence citée). Or, les documents médicaux figurant dans le dossier de l'assuré ne permettent pas de mettre en évidence de telles lésions. Par ailleurs, une lombalgie chronique se développant après un traumatisme qui n'a provoqué aucune lésion structurelle au niveau du squelette axial ne doit pas être attribuée à une cicatrisation tissulaire insuffisante, mais bien plutôt au fait que la douleur est entretenue par d'autres facteurs, la plupart du temps sous forme de constellation psychosociale défavorable (Erich Bär et Bertrand Kiener, Traumatismes vertébraux, Informations médicales [de la CNA] no. 67, décembre 1994, p. 45 et ss, sp. 46).

    En conclusion, c'est à juste titre que la SUVA a considéré qu'elle n'était plus tenue de verser de prestations au-delà du 31 décembre 2004, le lien de causalité naturelle entre l'accident de l'assuré et ses lombalgies n'étant pas établi au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence. Il n'est de ce fait, pas nécessaire d'examiner si la causalité adéquate est donnée.

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 :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

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