

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2092/2008

ATAS/1331/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 2 novembre 2009

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à Vandoeuvres, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître KROO Michael

recourant

contre

VAUDOISE ASSURANCES, sise place de Milan, Lausanne

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____, ressortissant suisse né en avril 1950, était employé administratif de la société X_____ SA depuis le 8 janvier 2007. Il était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la VAUDOISE ASSURANCES selon la loi sur l'assurance-accidents (LAA). Il était également assuré par une assurance complémentaire contre les accidents auprès de la VAUDOISE ASSURANCES, selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA).
2. En date du 12 juin 2007, l'assuré a été victime d'un accident non professionnel. Il a glissé dans les escaliers de son domicile, ce qui a entraîné des éraflures, des hématomes ainsi qu'une forte contusion lombaire et de la cuisse droite. L'assurance-accidents a pris en charge les suites de cet événement.
3. Dans un rapport du 22 juin 2007, le Dr L_____, spécialiste en chirurgie et médecin traitant, a attesté d'une incapacité totale de travail dès le 12 juin 2007.
4. Par courrier du 26 juillet 2007, l'employeur de l'assuré a résilié le contrat de travail pour des motifs économiques avec effet au 30 juin 2007.
5. Dans un rapport du 14 août 2007, le Dr L_____ a diagnostiqué des lombalgies à la suite d'une chute dans les escaliers qui avaient entraîné de fortes contusions lombaires. Il y avait la présence d'un syndrome lombaire important. Comme le patient était âgé de 57 ans, l'on pouvait s'attendre à une chronicité des douleurs lombaires sur usure physiologique de la colonne. Il y avait à craindre un dommage permanent.
6. Dans un rapport du 21 novembre 2007, le Dr L_____ a confirmé ses diagnostics. Il y avait un état algique chronique. L'incapacité était toujours totale.
7. En date du 7 décembre 2007, l'assuré a effectué des radiographies. La radiologue a conclu à une suspicion d'une impaction du plateau supérieur de D12.
8. En date du 29 novembre 2007, l'assuré a été soumis à une expertise conduite par le Dr M_____, rhumatologue. Dans son rapport du 14 février 2008, ce médecin a exposé que des radiographies du rachis et des genoux avaient été effectuées le jour même de l'accident et ne montraient apparemment aucun signe de lésion anatomique quel qu'il soit. Toutefois, selon le radiologue, rétrospectivement, dans la surprojection des piliers du diaphragme, on devinait un aspect légèrement enfoncé du plateau supérieur de D12. Le 7 décembre 2007, de nouvelles radiographies ont été faites dont il ressortait une suspicion d'une impaction du plateau supérieur de D12. Cependant, étant donné la survenue du traumatisme en juillet 2007, il était possible qu'une inflammation post-traumatique ne soit plus détectée à cinq à six mois de l'événement. En date du 9 janvier 2008, une

scintigraphie osseuse du corps entier a été effectuée. Les conclusions des radiologues ont été les suivantes : "Absence d'évidence scintigraphique de signes de souffrance osseuse à l'origine de la symptomatologie douloureuse présentée par le patient. Mise en évidence d'une discrète hyperactivité mal délimitée au niveau du corps vertébral de D12 en regard d'une hernie intraspongieuse de Schmorl du plateau vertébral supérieur dont les caractéristiques plaident pour une ancienneté de la pathologie".

L'expert M_____ a diagnostiqué une lombalgie sur traumatisme ayant décompensé une séquelle d'ancienne maladie de Scheuermann ou d'ancien traumatisme. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient les suivants : coxarthrose débutante bilatérale gauche et droite. Les facteurs étrangers à l'accident influençant le cours de la guérison étaient des séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann avec volumineuse hernie de Schmorl du plateau supérieur de D12. Un traitement médical conservateur sous forme d'une rééducation par constitution d'un corset musculaire n'avait pas encore été tenté et devait l'être. L'expertisé se plaignait de douleurs présentes en permanence, accompagnées d'une raideur matinale d'environ 60 minutes. La majeure partie d'entre elles disparaissait petit à petit mais celles de la région sacrée persistaient. L'assuré ne suivait aucun traitement spécifique et vaquait à ses occupations après avoir mis un corset. Les douleurs avaient gardé le même caractère et la même intensité. Ne subsistait ainsi que la douleur qui se trouvait à la charnière lombo-sacrée mais consécutive à la décompensation de cette lésion dorso-lombaire asymptomatique auparavant. En dehors des douleurs, l'examen clinique pouvait être considéré comme normal. On ne trouvait finalement aucune lésion susceptible de provenir de l'accident incriminé. L'état ne pouvait pas être considéré comme stabilisé et une guérison était attendue. A priori, il n'y avait pas d'atteinte importante et durable à l'intégrité physique ou mentale. L'expert a expliqué que l'accident n'avait pas produit de fracture vertébrale, mais décompensé une ancienne maladie de Scheuermann ou un ancien foyer de fracture dont on n'aurait aucune donnée anamnétique. Les douleurs qui s'étaient présentées immédiatement après l'accident et aggravées par les suites immédiates étaient bien sûr en relation de causalité naturelle avec l'accident. En l'absence d'état antérieur, selon toute vraisemblance, cette contusion aurait dû avoir la même évolution que les autres. Actuellement, les plaintes étaient davantage en relation avec cet état antérieur, à moins que l'accident n'ait provoqué une blessure aggravante qui causerait encore un effet délétère sur la charnière dorso-lombaire. Or, aucun examen, qu'il soit clinique ou en imagerie, n'avait pu mettre en évidence une image compatible avec une lésion anatomique datant de l'événement. En conséquence, l'on ne pouvait que considérer que les plaintes étaient dues seulement de façon possible à l'accident. S'agissant de l'incapacité de travail, l'expert a précisé que l'examen clinique était pauvre et que le patient ne suivait aucun traitement spécifique. Toutes ces raisons faisaient douter de la justification de poursuivre l'incapacité totale de travail et il fallait considérer qu'une reprise, du moins une

tentative, à 100 %, était exigible dans la même profession, dès le 1^{er} février 2008. Par ailleurs, l'expert a précisé que l'assurance l'avait mandaté, lui précisant que l'employeur de l'assuré avait demandé un contrôle du lésé car celui-ci allait être licencié pour abus de confiance. De ce fait, un expert allait être commis afin d'effectuer une visite de courtoisie pour faire le point sur la situation actuelle de ce patient. Enfin, dans l'anamnèse, l'expert spécifiait que le père et la mère de l'assuré étaient décédés respectivement à 65 ans d'un cancer du colon et à 86 ans de vieillesse et que l'expertisé avait deux fils de 18 ans en bonne santé.

9. En date du 9 janvier 2008, une scintigraphie osseuse du corps entier a été faite. Le radiologue a formulé les conclusions suivantes : "Absence d'évidence scintigraphique de signe de souffrance osseuse à l'origine de la symptomatologie douloureuse présentée par le patient. Mise en évidence d'une discrète hyperactivité mal délimitée au niveau du corps vertébral de D12 en regard d'une hernie intra-spongieuse de Schmorl du plateau vertébral supérieur dont les caractéristiques plaident pour une ancienneté de la pathologie".
10. Par décision du 5 mars 2008, l'assureur-accidents a exposé que l'examen du dossier ne montrait plus l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident, la symptomatologie douloureuse et l'incapacité de travail qui en avait résulté, et ce depuis le 1^{er} février 2008. Dès lors, le dossier avait été transmis à la caisse-maladie de l'assuré.
11. Dans un certificat du 2 avril 2008, le Dr L_____ a attesté que le patient présentait un syndrome vertébral lombaire suite à son accident survenu le 12 juin 2007, qui ne s'était pas amélioré avec le traitement médicamenteux.
12. Par courrier du 4 avril 2008, l'assuré a formé opposition à la décision de l'assureur-accidents, contestant être en mesure d'exercer une activité lucrative à partir du 1^{er} février 2008 et soulignant que son médecin traitant considérait les troubles actuels en rapport de causalité avec l'accident de juin 2007.
13. Par décision du 22 mai 2008, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assuré, se référant aux conclusions de l'expertise du Dr M_____, qui expliquait qu'à la date de l'expertise, et en l'absence de lésions anatomiques découlant de l'accident de juin 2007, les plaintes étaient à mettre en relation avec un état antérieur. C'était dès lors à juste titre que l'assureur-accidents avait mis fin à ses prestations au 31 janvier 2008.
14. Par courrier du 11 juin 2008, l'assuré a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant à l'octroi d'indemnités journalières accident LAA et accident complémentaires à 100% du 1^{er} février au 17 mars 2008, avec intérêts à 5 % à partir du 22 février 2008, ainsi qu'à l'octroi d'indemnités journalières à 50 % dès le 18 mars 2008 jusqu'à son rétablissement complet. Il a tout d'abord fait valoir qu'il avait été 15 fois en consultation chez son médecin traitant. Il a par ailleurs

contesté la valeur probante de l'expertise à laquelle il avait été soumis car celle-ci contenait de nombreuses erreurs. L'expert y mentionnait que l'examen avait été demandé par l'employeur de l'assuré voulant le licencier pour abus de confiance, alors qu'il avait été licencié pour des raisons économiques. L'expert indiquait en outre que son père était décédé à l'âge de 65 ans d'un cancer du côlon, alors que celui-ci était décédé à l'âge de 91 ans de mort naturelle. L'expert mentionnait aussi qu'il avait deux fils de 18 ans, alors qu'il n'avait qu'un seul fils qui était entré dans sa 20^e année le 10 juin 2008. L'expertise relevait également qu'il ne prenait pas de traitement médicamenteux alors qu'il était sous Tramal Tilur. Dès lors, c'était à se demander si le rapport d'expertise concernait vraiment le recourant plutôt qu'un autre patient. Enfin, le Dr M_____ ne disait à aucun moment que la causalité incriminée aurait cessé d'exister. Il admettait au contraire que les plaintes émises actuellement par le patient et les troubles constatés étaient dus au moins de manière possible à l'accident du 12 juin 2007, tout en précisant que l'état de santé n'était pas stabilisé et qu'un traitement médical conservateur restait indispensable.

15. Dans sa réponse du 9 juillet 2008, l'intimée a préalablement présenté ses excuses à l'assuré pour le terme d'"abus de confiance" utilisé dans son mandat au Dr M_____. Quant aux indications erronées ayant trait à l'anamnèse familiale, celles-ci étaient certes regrettables mais n'avaient pas d'influence significative sur l'examen clinique du recourant et sur les conclusions de l'expert. Le Dr M_____ expliquait d'ailleurs de manière détaillée et convaincante que la relation de causalité entre la lésion d'impaction du plateau supérieur de D12, trouvée à l'imagerie, et l'accident ne pouvait être formellement établie. Ainsi l'accident n'avait pas produit de fracture vertébrale mais décompensé une ancienne séquelle de la maladie de Scheuermann ou un ancien foyer de fracture dont on n'aurait aucune donnée anamnestique. L'expert avait conclu que l'effet délétère de l'accident devait être considéré comme ayant disparu, seul l'état préexistant étant encore susceptible de jouer un rôle dans les plaintes émises par le recourant. C'était donc à juste titre que l'assurance avait mis un terme à ses prestations au 31 janvier 2008.
16. Par courriers du 12 janvier 2009, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il souhaitait confier une expertise au Dr N_____, rhumatologue, et leur a soumis la mission d'expertise.
17. Par ordonnance du 19 février 2009, le Tribunal de céans a mandaté le Dr N_____ aux fins d'expertiser l'assuré.
18. En date du 22 avril 2009, le Dr N_____ a rendu son rapport d'expertise. Il avait reçu en consultation l'expertisé les 22 avril et 25 mai 2009. L'expert a exposé que l'assuré avait chuté le 12 juin 2007 chez lui dans les escaliers et avait ressenti une douleur au niveau des dorso-lombaires et au niveau de la tête. Il avait consulté immédiatement le Dr L_____ qui avait posé le diagnostic de contusions. Des

RX avaient été faites ce jour-là qui n'avaient pas pu être retrouvées par la suite. Les radiologues allaient établir un diagnostic différentiel entre une fracture et un nodule de Schmorl sur une ancienne maladie de Scheuermann. Une stratigraphie osseuse effectuée 6 mois après l'accident parlait plus pour un processus ancien. Cependant un diagnostic de certitude ne pouvait être fait. L'évolution allait être lentement favorable. L'assuré allait être remis au travail à 50 % le 18 mars 2008 et à 100 % le 27 juillet 2008. Actuellement la situation clinique était bonne. Par ailleurs, en raison de l'absence de certitude, l'expert a demandé un scanner. Cet examen montrait clairement l'enfoncement du plateau supérieur de D12 occupé par une image lacunaire bordée par une sclérose. Le radiologue estimait qu'il s'agissait d'une séquelle d'une maladie de Scheuermann sans qu'il en soit sûr à 100 %. Selon l'expert, il était donc indubitable qu'une lésion traumatique avait existé au niveau de cette vertèbre et qu'elle était la conséquence de l'accident du 12 juin 2007. Une lésion osseuse mettait, selon lui, entre quatre à six mois pour se réparer. Les examens radiologiques avaient été faits probablement trop tard, ce qui expliquait la difficulté qu'il y avait pour poser un diagnostic de certitude. Les douleurs avaient pu persister plus longtemps que la réparation osseuse car ce genre d'atteinte provoquait des modifications de la statique entraînant des contractures et des rétractions musculaires. L'expert a conclu à une fracture tassement de D12 fragilisée par une maladie de Scheuermann. Ainsi, le diagnostic retenu avec répercussion sur la capacité de travail était celui de fracture tassement de D12, dans le cadre d'une maladie de Scheuermann présente depuis le 12 juin 2007. Le lien de causalité avec l'accident était probable. Il existait un degré de vraisemblance prépondérante. Les actuelles limitations fonctionnelles se limitaient au port de charges à cinq kilos. L'incapacité de travail avait été totale du 12 juin 2007 au 17 mars 2008 et de 50 % du 17 mars 2008 au 27 juillet 2008. La capacité de travail était totale depuis le 28 juillet 2008. L'état était actuellement stabilisé. Le statu quo ante avait été atteint le 28 juillet 2008. Depuis cette date, le cas était terminé du point de vue accident.

19. Dans ses observations du 4 août 2009, l'assuré s'est rapporté aux conclusions de l'expert et a sollicité l'octroi d'indemnités journalières accident LAA et accident complémentaires à 100 % du 1er février au 17 mars 2008 avec intérêt à 5 %, et à 50 % du 18 mars au 27 juillet 2008, sous suite de dépens.
20. Dans ses observations du 12 août 2009, l'intimée a relevé que les clichés des radiographies effectuées le 12 juin 2007, le jour de l'accident, étaient en main du Dr M_____, lorsque ce dernier avait effectué son expertise. L'assurance se demandait comment l'expert N_____ pouvait arriver à la conclusion d'un lien de causalité sans avoir examiné les clichés du 12 juin 2007. La question du bien-fondé de son appréciation s'agissant notamment du retour au statu quo ante le 28 juillet 2008 se posait par conséquent.
21. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 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).

Par ailleurs, conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c LOJ, le Tribunal de céans connaît en instance unique tant des contestations prévues à l'art. 56 de la LPGA qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la Loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20), relevant de la Loi fédérale sur le contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (Loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 60 LPGA).

S'agissant des contestations en matière d'assurance complémentaire à la LAA, l'assuré doit saisir directement l'autorité judiciaire, par voie d'une action qui doit être intentée dans les deux ans à dater du fait d'où naît l'obligation qui dérive du contrat d'assurance (art. 46 al. 1, 1^{ère} phrase LCA), ce délai pouvant être interrompu selon les règles générales du droit privé. Le juge établit d'office les faits et apprécie librement les preuves (art. 85 al. 2 in fine de la loi fédérale sur la surveillance des institutions d'assurance privées du 17 décembre 2004).

En l'espèce, interjetée devant le Tribunal le 11 juin 2008 pour des prestations litigieuses dès le 1^{er} février 2008, la demande n'est pas prescrite.

4. a) Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par le recourant ensuite de son accident de juin 2007 donnent droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2008, respectivement à des prestations de l'assurance complémentaire.
- b) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let.

c LAA), 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).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents 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 (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références).

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 (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d et les références). 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 338 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). En cas d'atteinte malade préexistante aggravée par un accident, le devoir de l'assureur-accidents d'allouer des prestations cesse lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement 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 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 141). 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 la base du 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 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3). Enfin, selon la jurisprudence fédérale, si l'atteinte à la santé est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel (RAMA 2000 n° U 378 p. 190

consid. 3 [ATFA non publié du 7 février 2000, U 149/99]; ATFA non publié du 18 août 2000, U 4/00).

c) 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). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale. C'est donc essentiellement en présence d'une affection psychique que la causalité adéquate joue un rôle important (ATF 118 V 291 consid. 3a; 117 V 365).

d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss. consid. 3).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit 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 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). 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).

5. En l'occurrence se trouvent au dossier des rapports du médecin traitant, le Dr L_____, une expertise du Dr M_____ de février 2008 ainsi qu'une expertise de du Dr N_____ d'avril 2009. Le Tribunal de céans a nié toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr M_____ au motif que celui-ci contenait de nombreuses contradictions et inexactitudes, notamment dans l'anamnèse, qui faisaient douter du bien-fondé des conclusions mêmes. Partant, il a ordonné une expertise judiciaire. Dès lors, pour les motifs invoqués et qui sont expliqués dans l'ordonnance d'expertise du 19 février 2009, il ne sera pas tenu compte du rapport d'expertise du Dr M_____, quand bien même, ce médecin a pu pour ce faire bénéficier des radiographies qui avaient été faites le jour de l'accident, soit le 12 juin 2007, et qui ont été perdues par la suite.

Il convient dès lors de déterminer la valeur probante de l'expertise du Dr N_____. Ce médecin a reçu l'assuré lors de deux entretiens. Il a examiné les pièces médicales au dossier. Il a recueilli les données subjectives, personnelles, familiales et objectives de l'assuré (anamnèses), a procédé à une synthèse et une discussion et répondu clairement aux questions qui lui étaient posées. Ses conclusions sont motivées et il a notamment expliqué les raisons pour lesquelles il retenait un lien de causalité entre l'accident et ses séquelles, et ceci jusqu'à quelle date, et pourquoi il retenait telle date pour le statu quo ante. Ses conclusions sont dénuées de contradictions et sont convaincantes. L'intimée objecte aux conclusions de l'expert judiciaire que ce dernier ne détenait pas les radiographies effectuées le jour de l'accident. Or, ces radiographies ont disparu et aucun expert ne pourra dès lors effectuer une expertise sur la base des dites radiographies. Seul le Dr M_____ a pu s'exprimer sur ces clichés, mais son expertise a été écartée en raison notamment du fait qu'il était possible que ce dernier ait fait une confusion de dossiers, tant certaines données de l'anamnèse étaient éloignées de celles de l'assuré. Dès lors, toute expertise doit désormais être faite sur la base des documents médicaux se trouvant au dossier, à l'exclusion des radiographies effectuées le jour de l'accident. On ne peut dès lors reprocher au Dr N_____ d'avoir pu conclure sans ces clichés.

6. L'expert explique que le scanner qu'il a demandé montre très clairement un important enfoncement de plateau supérieur de D12. Le radiologue pense qu'il s'agit d'une séquelle d'une maladie de Scheuermann sans en être certain à 100 %. Le Dr N_____ explique que dans le cas présent, le diagnostic différentiel comprend des séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, une fracture tassement de D12 suite à la chute ou une combinaison des deux. L'expert explique : "Pour pouvoir trancher, il est nécessaire de s'appuyer sur la clinique. Les déclarations de Monsieur sont crédibles et n'ont pas varié. Fortes douleurs immédiates dans la région dorsolombaire, soulagées par le port d'un lombostat et d'antalgiques majeurs type Tramadol. Évolution lente mais positive. Lors de l'expertise faite par le Dr M_____, ce dernier décrit un syndrome vertébral (le patient ne peut pas se pencher en avant) et que la palpation des masses musculaires paravertébrales, dorsales et lombaires est indolore excepté en D12 où il existe un spasme musculaire paravertébral douloureux à droite. Rappelons que cette expertise a eu lieu six mois après l'accident. Actuellement la situation clinique est bonne. À l'examen il persiste une légère douleur au niveau de D12 et une petite contracture musculaire. Il est donc indubitable qu'une lésion traumatique a existé au niveau de cette vertèbre et qu'elle est la conséquence de l'accident du 12 juin 2007. Une lésion osseuse met entre quatre à six mois pour se réparer. Les examens radiologiques ont été faits probablement trop tard, ce qui explique la difficulté que nous avons pour poser un diagnostic de certitude. Les douleurs ont pu persister plus longtemps que la réparation osseuse car nous savons que ce genre d'atteintes provoque des modifications de la statique entraînant des contractures et des rétractions

musculaires. Rappelons aussi que Monsieur a porté un lombostat, ce qui a pu entraîner une perte musculaire. Le corps a donc besoin de quelques mois supplémentaires pour pouvoir se guérir. Il faut également signaler que Monsieur n'a pas eu une bonne prise en charge médicale. La partie rééducation a été très nettement négligée. Je conclus donc à une fracture tassement de D12 fragilisée par une maladie de Scheuermann". Selon l'expert, le lien de causalité, probable, existe avec un degré de vraisemblance prépondérante. Le statu quo ante a été atteint le 28 juillet 2008. Depuis cette date, le cas est terminé du point de vue de l'accident. L'assuré a présenté une incapacité totale de travail du 12 juin 2007 au 17 mars 2008 et de 50 % du 18 mars au 27 juillet 2008. Ces conclusions sont convaincantes et seront suivies par le Tribunal de céans. Partant, il convient de retenir que le lien de causalité naturelle est donné jusqu'au 27 juillet 2008, y compris et que des indemnités journalières sont dues à 100 % du 12 juin 2007 au 17 mars 2008 et à 50 % du 18 mars au 27 juillet 2008, tant pour l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA que pour l'assurance-accidents complémentaire selon le contrat d'assurance LCA.

7. S'agissant des intérêt moratoires sollicités en matière de LAA, conformément à l'art. 26 al. 1^{er} LPGA, les créances de cotisations échues sont soumises à la perception d'intérêts moratoires et les créances échues en restitution de cotisations indûment versées sont soumises au versement d'intérêts rémunérateurs. L'art. 26 al. 2 LPGA prévoit que des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

Au vu de ce qui précède, c'est à l'évidence qu'aucun intérêt moratoire n'est dû concernant les prestations de l'assurance-accidents obligatoire.

S'agissant des prestations en matière d'assurance complémentaire, la LCA qui régit le contrat en cause règle le moment de l'échéance de la créance résultant du contrat d'assurance: celle-ci est échue 4 semaines après le moment où l'assureur a reçu les renseignements de nature à lui permettre de se convaincre du bien-fondé de la prétention (art. 41 al. 1 LCA). La LCA ne contient toutefois pas de dispositions sur la demeure, laquelle est dès lors régie, en vertu de l'art. 100 al. 1 LCA, par les art. 102 ss du code des obligations (CO). Le débiteur d'une obligation est en demeure par l'interpellation du créancier (art. 102 al. 1 CO); lorsque le jour de l'exécution a été déterminé d'un commun accord, ou fixé par l'une des parties en vertu d'un droit à elle réservé et au moyen d'un avertissement régulier, le débiteur est mis en demeure par la seule expiration de ce jour (art. 102 al. 2 CO). L'intérêt moratoire - de 5 % l'an (art. 104 al. 1 CO) - est dû à partir du jour suivant celui où le débiteur a reçu l'interpellation (ATF 103 II 102 consid. 1a) ou, en cas d'ouverture d'une action en justice, dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée au

débiteur (ATF 98 II 23 consid. 7 p. 33; Luc THEVENOZ, in Commentaire romand du Code des obligations I, n. 9 ad art. 104 CO).

En l'occurrence, le recourant/demandeur n'a pas interpellé l'assurance. Les intérêts moratoires sur les prestations complémentaires LCA sont donc dus dès le lendemain du jour où la demande en justice a été notifiée à la défenderesse, soit dès le 18 juin 2008 (recours/demande déposés devant la Juridiction en date du 11 juin 2008; recours/demande envoyés à l'assurance par courrier B daté du mercredi 12 juin 2008).

8. Au vu de ce qui précède, le recours et la demande, bien fondés, seront admis. Le recourant qui obtient gain de cause aura droit à des dépens fixés à 1'500 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours et la demande recevables.

Au fond :

2. Les admet.
3. Annule la décision de l'intimée du 22 mai 2008.
4. Dit que le recourant/demandeur a droit à des indemnités journalières à 100% du 12 juin 2007 au 17 mars 2008 et à 50 % du 18 mars au 27 juillet 2008, tant pour l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA que pour l'assurance-accidents complémentaire selon le contrat d'assurance LCA.
5. Condamne la défenderesse à payer au demandeur des intérêts moratoires à 5% l'an sur les prestations complémentaires LCA à partir du 18 juin 2008.
6. Condamne l'intimée/défenderesse à verser au recourant/demandeur 1'500 fr. à titre de participation à ses honoraires d'avocat.
7. 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 en ce qui concerne les prestations LAA, 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.

Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, en ce qui concerne les prestations complémentaires selon la LCA, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110) auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la

voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; 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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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