REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4156/2006 **ATAS/595/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 4

du 30 mai 2007

En la cause

Monsieur W_____, domicilié , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître POGGIA Mauro	recourant

contre

NATIONALE SUISSE COMPAGNIE D'ASSURANCES, sise quai Gustave-Ador 54, Genève	intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Florence BRUTSCH et Bertrand REICH, Juges assesseurs

EN FAIT

1. En 1994, Monsieur W_____ (ci-après: l'assuré), né en 1941, était au service de l'Etat de Genève en qualité de préposé au contrôle automatique du trafic. A ce titre, il était assuré auprès de la COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE (ci-après: l'assureur) pour les accidents professionnels et non professionnels.

2. Le 14 décembre 1994, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'il roulait à vélomoteur sur la voie du bus, il s'est fait coupé par un automobiliste inattentif. L'assureur a pris en charge le cas.

3. Dans son rapport médical initial LAA du 23 janvier 1995, le Dr A_____, interniste, pneumologue et médecin traitant de l'assuré, a diagnostiqué des contusions multiples ("col cervico-dorso-lombaire"). Il a fait état de douleurs dorso - lombaires et cervicales, spontanément et à la palpation. Il a préconisé du repos, de la physiothérapie et un séjour balnéaire de 15 jours à Saillon-les-bains. Il a précisé que l'hospitalisation avait duré du 14 au 21 décembre 1994, et attesté d'une totale incapacité de travail jusqu'au 10 février 1995 environ.

4. Selon le rapport de ("établissement hospitalier") du 17 février 1995, aucune fracture n'avait pu être mise en évidence.

5. Le 23 février 1995, le médecin traitant a informé l'assureur que les radiographies effectuées subséquemment révélaient une fracture tassement du mur antérieur de la vertèbre L1. Or, même si cette fracture avait déjà été présente sur les clichés effectués aux "établissement hospitalier", elle n'avait pas été décelée. Une poursuite du traitement médical s'imposait.

6. Invitée à interpréter l'imagerie par résonance magnétique (IRM) effectuée le 10 mars 1995, la Dresse B_____, radiologue, a conclu à un petit effondrement du plateau supérieur de D12 et à un effondrement plus important du plateau supérieur de L1, tous deux accompagnés d'un œdème médullaire témoignant de leur caractère récent. Il n'y avait en revanche, aucun argument en faveur d'une nature métastasique et d'une répercussion sur le canal rachidien. Elle évoquait également des lésions dégénératives discales avec notamment une protrusion discale paramédicale et latérale gauche en L3-L4 à la limite d'une petite hernie.

7. Dans son rapport du 14 avril 1995, le Dr A_____ a diagnostiqué un tassement vertébral, a fait état de douleurs persistantes et d'une impotence fonctionnelle, et a mentionné qu'une reprise de travail sédentaire serait possible à la mi-mai, à 50%.

8. Par courrier du 23 mars 1995 adressé au médecin précité, le Dr C_____, neurologue, a indiqué que l'IRM était rassurante sur le plan neurologique "mais

moins rassurante en revanche quant aux diverses lésions dégénératives et nombreuses discopathies dont l'assuré est atteint". Il préconisait de la piscine et de la physiothérapie.

9. Aux termes du rapport intermédiaire du 1er mai 1995 du Dr A_____, les douleurs lombaires persistaient; l'assuré présentait un déficit de flexion et d'extension du segment lombaire. L'employeur de l'assuré pouvait être interpellé afin qu'un travail approprié, soit sans port de charge, lui soit confié.

10. Le rapport du 8 mai 1995 du Dr C_____ confirme la fracture tassement en L1 et un discret tassement en D12. Une reprise de travail devait être discutée avec le médecin traitant.

11. Dans le rapport du 7 juillet 1995, le médecin traitant constatait une amélioration lente de l'état de santé, même si des douleurs lombaires persistaient. Une capacité de travail de 50% était exigible dès le mois de mai 1995.

12. Dans un autre rapport daté du 2 septembre 1995, le médecin traitant signalait des douleurs diminuées mais persistantes. Il indiquait une reprise de travail à 50% dès le 22 mai 1995 et totale à partir du 1er septembre 1995. Un dommage permanent sous forme de séquelles douloureuses était à craindre. Par ailleurs, un état de dépression anxieux en rapport avec l'accident s'était installé.

13. En date du 13 février 1996, la Dresse B_____ a indiqué que l'IRM effectuée la veille révélait une petite hernie discale L3-L4 latérale gauche et une discarthrose modérée en L4-L5. A l'étage L5-S1, elle décelait un pincement intersomatique modéré.

14. Suite à un examen de l'assuré, le Dr D_____, rhumatologue et interniste, a informé le médecin traitant le 27 février 1996 qu'une hernie discale C6-C7 était apparue en 1991. Mise à part une petite hernie discale L3-L4 gauche, aucune anomalie n'avait pu être dégagée.

15. Par courrier du 5 mars 1996, le Dr D_____ a informé l'assureur qu'il avait posé le diagnostic de syndrome vertébral lombaire, dans un contexte de tassement traumatique ancien L1 et de discopathie L3-L4. Il a précisé que l'hernie discale L3-L4, n'avait pas de rapport de causalité avec l'accident du 14 décembre 1994 et était à mettre en relation avec les lésions dégénératives et les discopathies signalées.

16. Dans son rapport du 8 mars 1996, le médecin traitant a rappelé que son patient avait présenté des douleurs lombaires persistantes et qu'un tassement du mur antérieur L1 n'avait été mis en évidence que deux semaines après l'accident. Il a expliqué que les investigations menées n'avaient pas dégagé d'autres lésions. La capacité de travail de l'assuré était de 50% depuis le 29 mai 1995 et totale depuis le 9 octobre 1995.

17. En mai 1997, l'assuré a été victime d'un second accident de la circulation: suite à un accrochage avec une moto, il s'est blessé à la cheville.

18. Mandaté par l'assureur, le Dr E_____, chirurgien orthopédiste, a rendu son rapport d'expertise le 28 novembre 1997. Ce médecin a posé les diagnostics suivants: ancien traumatisme de la cheville gauche, ténosynovite échographique migratrice; ancienne fracture de L1; hernie discale L3-L4. Il y indique que l'assuré avait repris le travail à 100%. Il était toutefois possible qu'en raison de son état de santé global, notamment de son problème de dos, qu'une incapacité de travail se manifeste dans un délai relativement bref. Il indique que "si ceci arrive, il faudra déterminer avec précision les prestations à la charge de l'assureur car l'assuré attribue l'ensemble de ses ennuis de santé aux divers accidents dont il a été victime alors que n'est manifestement pas le cas. Selon ce médecin, les plaintes de l'assuré étaient spectaculaires "par rapport aux trouvailles objectives".

19. L'incapacité de travail découlant de ce second accident ayant cessé le 30 septembre 1997, le dossier y afférent a été liquidé.

20. Par courrier du 20 octobre 1998, l'assuré a demandé à l'assureur de se déterminer sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

21. Cette problématique a été confiée au Dr E_____ qui a rendu son rapport le 26 octobre 1998. Ce médecin a expliqué que l'appréciation était particulièrement délicate car la distinction entre les troubles d'origine dégénératives et les troubles d'origine post-traumatiques était difficile à opérer. Sur la base des tables de la SUVA, le Dr E_____ a estimé que le taux de 10% correspondait à la totalité de l'état actuel de l'assuré. En présence de deux affections aussi imbriquées, il fallait procéder à une appréciation globale. En définitive, il a conclut que la moitié des atteintes correspondait à un état antérieur alors que l'autre moitié résultait des conséquences de la fracture.

22. Par décision du 23 novembre 1998, l'assureur a mis un terme au traitement des suites directes de l'accident du 14 décembre 1994 et a nié un droit à une rente d'invalidité. Il a fixé le terme du versement des indemnités journalières au 8 octobre 1995 et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 7,5% a été versée.

23. Selon acte du 22 décembre 1998, l'assuré a formé opposition à ladite décision.

24. Le 29 juin 1999, l'assuré a retiré son opposition.

25. En raison de la chronicité des lombalgies, un arrêt de travail définitif a été effectif à la fin de l'année 1999.

26. Par courrier du 9 mars 2000, l'assuré a informé l'assureur que son état de santé s'était aggravé. Il a sollicité la réouverture du dossier et l'octroi d'une rente d'invalidité.

27. Dans le cadre de la procédure AI initiée en parallèle par le recourant, le Dr F_____, interniste, rhumatologue et médecin auprès du Service médical régional (ci-après: SMR) a rendu son rapport le 3 mars 2003. Il a retenu les diagnostics suivants: lombosciatalgies bilatérales prédominant à gauche, chroniques persistantes; status après fracture-tassement de L1 en décembre 1994; troubles dégénératifs lombaires étagés; canal lombaire à la limite inférieure de la norme; méralgie paresthésique à gauche; cervicalgies épisodiques - status après cure de hernie discale cervicale, PSH droit avec conflit sous-acromial; arthrose d'Heberden des deux côtés; obésité de type androïde; intolérance au glucose anamnestique." Le médecin a souligné qu'en sus de ses douleurs lombaires, l'assuré se plaignait de douleurs cervicales épisodiques, de douleurs du moignon droit et de douleurs au niveau des deux mains prédominant à gauche (…) Les documents radiologiques confirmaient la présence de la fracture L1 qui avait été méconnue et son évolution vers une nette cunéiformisation de L1 ainsi que des troubles dégénératifs lombaires étagés, avec un rétrécissement, modéré, du canal lombaire. Même s'il existait une certaine amplification des plaintes en relation avec une thymie dépressive, il existait des troubles dégénératifs lombaires évidents, en partie post traumatiques. Les problèmes objectivables au plan ostéoarticulaires entrainaient des limitations fonctionnelles importantes qui méritaient absolument d'être respectées. Par ailleurs, il existait une limitation, discrète, de la mobilité cervicale dans le cadre d'un status après cure de hernie discale cervicale ainsi qu'une arthrose d'Heberden, réputés actuellement très douloureuse, au long des doigts des deux mains, prédominant à gauche". Selon ce médecin, l'exigibilité d'une capacité de travail significative même dans une activité adaptée était très négativement influencée par la thymie de cet assuré. En définitive, il a conclut à une incapacité de travail totale en raison des affections somatiques (et des limitations fonctionnelles en découlant) mais également en raison de l'état dépressif et régressif de l'assuré.

28. Se fondant sur le rapport d'examen du Dr F_____, l'assurance invalidité a, par décision le 2 mai 2003, octroyé une demi rente d'invalidité en faveur de l'assuré dès le 1er octobre 1999 et un droit à une rente entière dès le 1er novembre 2000 pour une maladie de longue durée.

29. Par courrier du 27 août 2003, l'assuré a demandé à l'assureur-accidents de reconsidérer sa décision.

30. L'assureur-accidents a indiqué à l'assuré le 6 août 2004, que son médecin-conseil estimait qu'il n'était pas possible d'exclure que les conséquences de l'accident du 14 décembre 1994 n'aient joué aucun rôle dans l'incapacité de gain actuelle. Une nouvelle expertise médicale s'imposait.

31. Mandaté en conséquence par l'assureur-accidents, le Dr G_____, interniste et rhumatologue, après avoir étudié le dossier médical, notamment radiologique, a examiné l'assuré le 18 mars 2005. Selon ce médecin, l'assuré était très expressif quant à ses douleurs et hyper réactif. Un seuil douloureux bas a été évoqué. Le médecin a diagnostiqué des lombalgies chroniques non spécifiques et un status post tassement modéré de L1. Selon lui, rien ne permettait de conclure à une instabilité lombaire secondaire ou à un tassement causé par l'accident. Les examens radiologiques lombaires (radiographies fonctionelles, myélo-scanner et IRM) ne permettaient de mettre en évidence que le tassement modéré du mur antérieur L1. Aucun élément ne plaidait pour une hernie discale, atteinte canalaire ou instabilité vertébrale. Du déroulement de l'accident et de la lésion modérée classique, qui n'engendre pas d'instabilité vertébrale, ce médecin a déduit l'absence de lien causalité naturelle entre les plaintes émises (11 ans après le traumatisme) et l'accident du 14 décembre 1994. Dans ce type de traumatisme, il était admis que le statu quo sine était atteint un, voire deux ans après l'accident. En définitive, les plaintes émises au jour de l'expertise ont été attribuées à l'âge, à la surcharge pondérale, à l'absence d'activité physique, à un seuil abaissé de la douleur ainsi qu'à un état anxieux. D'un point de vue somatique, il n'existait qu'une limitation de la mobilité du rachis lombaire. L'incapacité de travail ne découlait pas de l'accident, dès lors que le statu quo sine avait été atteint il y a longtemps. Aucun traitement médical lié a l'accident n'était à prendre en charge. Le taux de 7,5% pour atteinte à l'intégrité fixé par l'assureur se justifiait. Dès lors qu'il n'existait pas de séquelle secondaire à l'accident de 1994, il n'y avait pas lieu de l'augmenter. Selon cet expert, une capacité de travail résiduelle pouvait être exigible dans une activité de gestionnaire d'assurance, de gestionnaire de prestations dans un office de l'Etat, de conseiller en placement de chômeurs, d'employé dans une régie immobilière, etc.

32. Il ressort du projet de décision du 2 août 2005, notifié à l'assuré, que, compte tenu de l'absence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'état de santé de l'assuré, tout traitement médical à partir du 15 (recte:14) décembre 1996 était à la charge de la caisse maladie.

33. Une décision formelle du 25 novembre 2005 a confirmé le refus de l'assureur de prendre en charge les nouveaux troubles annoncés. Au surplus, l'assureur a rappelé qu'il s'était déjà acquitté de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité en date du 8 février 1998.

34. Par courrier du 23 décembre 2005, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision mentionnée. Il a fait valoir son incapacité totale de travail et s'est référé à la rente d'invalidité complète que l'assurance-invalidité lui a reconnu.

35. Dans un courrier du 15 juin 2006, l'assuré a ajouté qu'il n'a jamais souffert de maux de dos avant son accident et produit des radiographies datant de 1987 (soit sept ans

avant l'accident) à l'appui. Il estime que les problèmes de santé actuels ne pouvaient avoir d'origine maladive.

36. Le 23 mars 2006, l'OCAI a adressé à l'assureur copie d'un avis médical rendu le 18 août 2004 par le Dr F_____. Selon ce médecin, les atteintes à la santé de l'assuré ne résultaient que partiellement de l'accident. L'enfoncement du corps vertébral de L1 était la conséquence du tassement de ladite vertèbre qui avait été méconnu. En revanche, la discopathie L4/L5 était certainement présente déjà en décembre 1994, mêmes si elle n'apparaissait pas sur les clichés réalisés en position couchée.

37. Par nouvelle décision du 9 août 2006, l'assureur a rejeté l'opposition, niant tout lien de causalité naturelle entre l'accident et l'état de santé de son assuré.

38. Par acte du 9 novembre 2006, l'assuré interjette recours devant le Tribunal de céans. Il conclut, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente supplémentaire d'invalidité LAA de 50%, dès le 21 octobre 1999, et de 100% dès le 1er novembre 2000 et, enfin, à un renvoi de la cause à l'assureur en vue du calcul de ladite rente complémentaire. Il fait valoir que l'expertise du Dr G_____ parvient à des solutions contraires à celles des médecins consultés précédemment, notamment du médecin du SMR dont l'avis a fondé la décision d'octroi d'une rente d'invalidité AI. Il soutient que le rapport du Dr G_____ contient des affirmations incompréhensibles, dont certaines ne relèvent pas de sa compétence. Il souligne que l'expert confond les conditions du lien de causalité adéquate avec celles du lien de causalité naturelle. Selon le recourant, il ne faut pas minimiser les conséquences de la fracture L1 (nette cunéiformisation de la vertèbre) mises en évidence par le médecin du SMR. Au surplus, tant le médecin traitant que le Dr C_____ avaient considéré que le canal étroit était une complication tardive du tassement vertébral consécutif à l'accident. En définitive, il retient qu'il est suffisamment établi par les pièces à la procédure qu'il avait une capacité de travail totale avant son accident et que celui-ci est bien la cause, sans doute partielle, mais certainement prépondérante, de son incapacité de travail actuelle. En dernier lieu, les activités qui, selon le Dr G_____, demeurent exigibles ne correspondent aucunement aux limitations fonctionnelles importantes retenues dans le rapport du SMR et qui a fondé une rente complète d'invalidité de l'AI.

39. Dans sa réponse du 8 décembre 2006, l'intimé conclut au rejet de recours. Il fait valoir que l'on n'est pas en présence d'une rechute ou de séquelles tardives au sens de l'assurance accidents. Il précise que le Dr D_____ avait indiqué que l'hernie discale L3-L4 gauche n'a pas de rapport de causalité avec l'accident, que les lombalgies ont une étiologie certainement plurifactorielle et que le tassement vertébral L1 est non seulement dû à l'accident mais également à l'existence d'une maladie discale L3/L4. Il ajoute que ni le Dr D_____ ni le Dr C_____ n'avait fait de lien entre le canal lombaire rétréci et l'accident de 1994. L'obésité

dont souffre l'assuré est partiellement due à une intolérance au glucose. Il attire l'attention sur ce que l'OCAI a retenu une incapacité de travail "en raison d'une maladie de longue durée". Il rappelle enfin que l'ensemble du corps médical ayant examiné l'assuré rapporte de nombreuses affections dorsales antérieures. Les plaintes du recourant ont par ailleurs été considérées comme amplifiées et doivent de ce fait être relativisées. En définitive, on ne peut constater de modification significative de l'état de santé du recourant depuis 1999, dont l'origine pourrait être attribuée à l'accident de 1994. Les douleurs ressenties par le recourant sont conditionnées par des facteurs d'ordre dégénératif, par une obésité et une absence d'activité physique, par l'âge ainsi que par un état dépressif et régressif. Or, ces facteurs sont étrangers à l'évènement assuré. Il conclut qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expert selon lesquelles le statu quo sine a été atteint le 15 décembre 1996 au plus tard.

40. Par courrier du 3 janvier 2007, la réponse de l'intimé a été communiquée au recourant qui n'a pas formulé d'observations.

41. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a, ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, a entrainé la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accident. Cependant, le cas d'espèce reste régi par les dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (art. 82 LPGA; ATF 127 V 467).

4. En revanche, concernant 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; ATF 112 V 360 consid. 4 a, RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

5. En ce qui concerne le délai de recours, l'article 60 LPGA prévoit que le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à

recours. En dérogation à l'article 60 LPGA, l'article 106 LAA prévoit que le délai est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance.

Déposé dans la forme et le délai imposés par la loi, le recours est donc recevable.

6. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser toute prestation d'assurance dès le 15 décembre 1996, considérant qu'à partir de cette date, l'état de santé de l'assuré ne constituait pas une conséquence des suites de l'accident de 1994.

7. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA).

Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2). Toutefois, plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve - au degré de vraisemblance prépondérant - du rapport de causalité naturelle doivent être sévères. Enfin, la jurisprudence précise que 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'évènement accidentel et les rechutes (ATFA du 4 mai 2001 non publié , U 446/00).

b) 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 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; FRÉSARD, op. cit., ch. 141).

c) En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

8. a) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Ce droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, ch. 61 p. 29; ATFA non publié du 18 juillet 2005, U 188/04 consid. 5.1).

   b) Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Il s'éteint également si l'incapacité de travail subsiste, mais qu'elle n'est plus en relation de causalité avec une atteinte à la santé d'origine accidentelle (ATFA non publié du 8 octobre 2004, U 193/03, consid. 3).

   c) Selon l'art. 18 al. 1er LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. L'art. 8 al. 1 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

   Selon la jurisprudence, l'uniformité de la notion d'invalidité (en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité) doit conduire à fixer, pour une même atteinte à la santé, un même taux d'invalidité. Il s'ensuit que l'assureur-accidents ne peut s'écarter sans motif suffisant du degré d'invalidité fixé par l'assurance-invalidité, aucune priorité ne pouvant être accordée à l'évaluation opérée par l'assureur-accidents (ATF 126 V 288 consid. 2d; ATF 119 V 471 consid. 3; RAMA 1995 n° U 220, p. 108 in fine). Toutefois, il ne sera pas lié par cette évaluation, notamment lorsqu'elle a été faite de manière contraire à la loi ou qu'elle tient compte d'éléments invalidants dont l'assurance-accidents n'a pas à répondre.

9. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres

facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

b) 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 (RAMA 2000 n° U 363, p. 46 consid. 3a et les références).

c) En ce qui concerne plus particulièrement la hernie discale, il y a lieu de rappeler que, 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 remplies (RAMA 2000 n° U 378, p. 190).

d) 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 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 365 en bas consid. 5d bb et les références; FRESARD, op. cit., ch. 39).

10. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et

les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Les mesures d'instruction ordonnées par l'assureur, à savoir notamment l'examen par un médecin, ne sont pas des expertises au sens strict du terme, à moins que l'assureur n'interpelle l'intéressé sur le libellé des questions ainsi que le choix de l'expert et lui donne l'occasion de se déterminer avant l'exécution de l'acte d'instruction projeté. L'on ne saurait toutefois leur dénier toute valeur probante de ce seul fait. Il faut en effet examiner si le médecin commis par l'assureur s'est penché sur les questions médicales litigieuses et a donné à l'assureur des indications utiles pour décider d'une éventuelle prise en charge (ATA/143/1999).

11. a) Le refus de l'intimé de prendre en charge les frais de traitement et l'incapacité de travail dès le 15 décembre 1996 repose notamment sur l'expertise du Dr G_____ qui se base à son tour sur les divers consiliums et examens effectués depuis décembre 1994 jusqu'au 18 mars 2005. L'intimé justifie sa position par l'atteinte du statu quo sine entre le 14 décembre 1995 et le 14 décembre 1996,

respectivement par l'absence d'un lien de causalité naturelle entre la persistance de la symptomatologie et l'accident de 1994. Il explique que les plaintes émises actuellement sont en relation avec des facteurs étrangers à l'accident. Pour sa part, le recourant conteste la valeur probante du rapport d'expertise du Dr G_____ en raison d'un certain nombre d'affirmations incompréhensibles qu'il contient, au motif que l'expert n'est pas compétent pour se prononcer sur la question du lien de causalité et encore parce que l'expert confond les conditions du lien de causalité naturelle et celle de la causalité adéquate. Plus fondamentalement, il fait valoir que l'analyse de cet expert est en contradiction avec d'autres pièces du dossier dont notamment celles des Drs F_____, A_____ et C_____. Il allègue que ces derniers attestent d'une conjonction de l'origine traumatique et d'une origine maladive, la dernière s'étant greffée sur la première et que le canal étroit est une complication tardive du tassement vertébral consécutif à l'accident.

b) Dans son rapport d'expertise du 18 mars 2005, le Dr G_____ a décrit le recourant comme un homme de 64 ans qui, durant l'anamnèse et l'examen clinique, présentait une dissociation algo-fonctionnelle évidente et une hyperréactivité, témoignant d'un seuil de douleur bas. A l'examen clinique, l'expert n'a rien pu déceler qui témoignerait d'une instabilité lombaire secondaire au tassement causé par l'accident. Il a expliqué que l'examen radiologique ne mettait pas davantage en évidence d'atteinte radiculaire L3 droite. Il a souligné une surcharge pondérale avec obésité et relâchement abdominal. Des examens radiologiques on ne pouvait dégager qu'un tassement modéré du mur antérieur L1; aucun élément ne plaidait pour une hernie discale, une atteinte canalaire ou une instabilité vertébrale en résultant. Le tassement vertébral L1 avec atteinte uniquement du mur antérieur, devait être considéré comme une lésion modérée classique. De ce fait, on ne pouvait mettre l'accident de 1994 en relation de causalité naturelle avec les plaintes émises actuellement, soit 11 ans suite à l'accident. Dans ce genre de traumatisme, qui n'engendre en général pas d'instabilité vertébrale, il était admis que le statu quo sine est atteint un à deux ans après l'évènement accidentel. L'expert a tiré la conclusion que ses plaintes étaient secondaires à des lombalgies non spécifiques, indépendantes de l'accident et intervenant avec l'âge. Elles étaient très probablement en lien avec la surcharge pondérale et le manque d'activité physique. A son avis, il existait certainement un seuil de douleur abaissé. En conséquence, il a considéré que, d'un point de vue somatique pur, seule une limitation de la mobilité du rachis lombaire - en rapport avec l'âge et le manque d'activité physique - ne pouvait être retenue. Quant aux plaintes exprimées, elles devaient être situées dans le contexte d'un seuil de la douleur abaissé et d'un état anxieux.

Ce rapport d'expertise se fonde sur un examen clinique et prend en considération les plaintes exprimées par le recourant. En effet, l'expert a indiqué que le recourant se plaignait toujours de lombalgies chroniques qu'il décrivait comme handicapantes (à la marche, a arrêté le bricolage et dû changer de voiture pour une automatique) ainsi que des irradiations par intermittence dans la partie antérieure de la cuisse

droite. De ce fait, il s'estimait incapable de reprendre, même partiellement, son activité professionnelle. Par ailleurs, ce rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical y compris radiologique (radiographies, IRM, Myélo-Ct-Scan). La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible, notamment d'un point de vue somatique. Il a dûment motivé son point de vue, notamment en précisant que les plaintes du patient devaient être relativisées par un contexte de seuil de la douleur et qu'elles étaient en lien avec des facteurs qui ne dérivaient pas de l'accident.

Le Tribunal de céans retiendra que ce rapport d'expertise remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a et 3b/ee).

c) Il reste à examiner si le dossier contient des indices concrets permettant de douter du bien-fondé des conclusions du Dr G_____.

Sur le plan médical d'abord, le Tribunal de céans constate que, conformément à son mandat, le Dr G_____ ne s'est prononcé que sur les atteintes lombaires. Il devait en effet déterminer si la symptomatologie douloureuse actuelle était en relation de causalité avec l'accident du 14 décembre 1994.

Mandaté dans le cadre de l'AI, le médecin du SMR, en revanche, a étendu son examen à l'état de santé général - non seulement physique - du recourant, mais également à son volet psychique (ce qui est d'ailleurs surprenant, compte tenu de sa spécialisation d'interniste et de rhumatologue).

Quoi qu'il en soit, dès lors que l'examen du Dr F_____ tient compte d'éléments invalidants dont l'assurance-accidents n'a pas à répondre, le Tribunal de céans limitera la comparaison des deux rapports aux seules atteintes lombaires et biomécaniques.

Or, à ce titre et contrairement à ce que prétend le recourant, on ne voit pas en quoi les diagnostics retenus par le Dr G_____, c'est à dire des lombalgies chroniques non spécifiques et un status post tassement modéré de L1, contredisent l'avis du Dr F_____. En effet, selon ce médecin, le recourant est atteint de lombosciatalgies bilatérales prédominant à gauche, chroniques persistantes. Celles-ci découlent d'un status après fracture de L1 (accident de 1994), de troubles dégénératifs lombaires étagés et d'un canal lombaire à la limite inférieure de la norme. Il retient des troubles modérés de la statique vertébrale mais une limitation importante du rachis dorso-lombaire. Pour ce médecin, les documents radiologiques confirment la fracture de L1 et une évolution vers une nette cunéiformisation de L1 (présente déjà sur un cliché du 9 février 1995; cf. rapport du Dr F_____, p. 4) ainsi que des troubles dégénératifs lombaires étagés, avec un rétrécissement,

modéré, du canal lombaire. En substance, le Dr F_____ explique que les lombosciatalgies ont une étiologie multifactorielle. Il mentionne notamment des éléments dégénératifs et un canal lombaire rétréci, soit deux facteurs indépendants de l'évènement accidentel de 1994.

En effet, le Tribunal de céans ne saurait suivre le raisonnement du recourant, selon lequel le canal étroit constitue une complication tardive du tassement vertébral consécutif à l'accident A cet égard, les affirmations du médecin traitant (pièce n° 8 chargé recourant) invoquées par le recourant ne traduisent pas la teneur de l'avis du Dr C_____ (courrier du 27 février 1997). Le spécialiste y indique qu'il avait prescrit au patient un radiculo-myéloscan pour déterminer l'origine neurogène qui pourrait bien être un canal lombaire rétréci. Ce faisant, ce médecin n'établit aucunement un lien de causalité entre le rétrécissement du canal et l'effondrement du mur en L1 comme semble le déduire le médecin traitant.

De surcroît, les conclusions du Dr F_____ quant à l'origine du syndrome vertébral douloureux sont confirmées par bon nombre d'autres pièces médicales.

En effet, selon la Dresse B_____, l'IRM pratiquée le 10 mars 1995 révélait "l'effondrement du plateau supérieur en L1 (…) mais sans argument en faveur d'une nature métastasique et sans répercussion sur le canal rachidien". Ce médecin constatait déjà à l'époque "des lésions dégénératives discales étagées avec surtout protrusion discale paramédicale et latérale gauche en L3-L4 à la limite d'une petite hernie", soit des lésions antérieures à l'évènement accidentel.

Le Dr C_____ a une lecture similaire de l'IRM. En date du 23 mars 1995, il s'adresse au médecin traitant en ces termes: "l'IRM est rassurante au plan neurologique mais moins rassurante en revanche quant aux diverses lésions dégénératives et nombreuses discopathies dont est porteur Monsieur W_____".

En février 1996, la Dresse B_____ s'exprime sur une nouvelle IRM effectuée la veille. Elle conclut à l'existence d'une petite hernie discale L3-L4 et à une discarthrose modérée en L4-L5. Or, ces troubles sont la conséquence des lésions dégénératives préexistantes, déjà mentionnées en mars 1995.

Les avis du Dr D_____ abondent également dans ce sens. Dans son courrier du 27 février 1996 ce médecin signale, parmi les antécédents personnels, une hernie discale C6-C7 en 1991. Il indique par ailleurs que l'examen du scanner lombaire ne révèle "aucune anomalie du côté des symptômes signalés" mais que le recourant présente "une petite hernie discale L3-L4". Dans son courrier du 5 mars 1996, il attribue le syndrome vertébral lombaire à un contexte de tassement traumatique ancien de L1 et de discopathie L3/L4. Il précise que l'hernie discale L3/L4 mise en évidence le 12 février 1996, n'a pas de rapport de causalité avec l'accident du 14

décembre 1994. Tout comme ses confères jusque-là, il relève des lésions dégénératives et discopathies.

Quant au rapport du médecin traitant du 8 mars 1996, il mentionne que son patient a présenté des douleurs lombaires persistantes et qu'un tassement du mur antérieur L1 n'a été mis en évidence que deux semaines après l'accident. Le médecin précise également l'absence de toute autre lésion hormis la fracture-tassement en L1 et ce, en dépit des nombreuses investigations menées.

Dans son expertise de 1997, le Dr E_____ retient, lui aussi, que l'assuré présente non seulement une affection post-traumatique mais également une affection dégénérative. La distinction entre ces deux troubles étaient néanmoins difficile à effectuer dans ce cas.

En dernier lieu, en 2003, le Dr F_____ explique quant à lui, que les discopathies visibles sur les radiologies de février 1995 n'ont pas pu apparaitre en deux mois seulement. Il indique en outre des troubles dégénératifs, une hernie discale et une arthrose. Il précise que les troubles dégénératifs lombaires évidents, sont, en partie, post traumatiques.

Or, si les observations rapportées par le Dr F_____ évoquent une origine traumatique aux troubles dégénératifs à la source des douleurs du recourant, elles demeurent trop sommaires pour permettre de rattacher, au degré de vraisemblance prépondérante requise, l'origine de ces troubles à l'évènement accidentel particulier dont l'intimé aurait à répondre. A ce titre, on rappellera que 11 ans se sont écoulés entre l'accident et la manifestation de l'affection. Compte tenu de cette longue période, les exigences jurisprudentielles quant à la preuve - au degré de vraisemblance prépondérant - du rapport de causalité naturelle sont très sévères.

Au vu de l'ensemble des pièces, rien ne permet ainsi d'affirmer que l'on se trouverait dans le cas d'espèce en présence d'une rechute ou de séquelles tardives survenu le 14 décembre 1994, dont l'intimé serait tenu de répondre en vertu de l'art. 11 OLAA. Certes, cet accident avait occasionné une fracture tassement L1. Les investigations (scintigraphie osseuse, radiographies du bassin et du sacrum, résonance magnétique vertébrale, consilium par le Dr C_____) menées à l'époque n'avaient toutefois révélées d'autres lésions traumatiques; elles avaient en revanche déjà mis en évidence de troubles dégénératifs relativement évolués (cf. l'avis du Dr C_____ par rapport à l'IRM). De même, à défaut d'autre lésion ou de conséquences de la fracture-tassement L1 médicalement attestées, il convient d'admettre que l'accident du 14 décembre 1994 n'a fait qu'aggraver de manière passagère l'état antérieur dégénératif.

Il ressort ainsi de l'ensemble de ces pièces qu'immédiatement après l'accident, le tableau douloureux lombaire du recourant présentait une étiologie multifactorielle.

A l'époque déjà, tous les médecins attribuaient les douleurs en partie, sinon de manière prépondérante (avis du Dr C_____), aux lésions dégénératives et discopathies diverses dont était atteint le recourant, alors âgé de 54 ans.

En conclusion, le Tribunal de céans considère que si l'accident de la circulation de décembre 1994 a bien causé une fracture de tassement du mur antérieur de la vertèbre L1, il est également établi, qu'à côté de cette lésion, le recourant souffrait aussi de nombreuses affections dorsales (lésions dégénératives discales étagées, discopathies, protrusion discale devenue hernie discale gauche en L3-L4, discarthrose modérée en L4-L5, hernie discale en C6-C7).

Pour le seul motif qu'avant l'accident, il ne souffrait que peu, voire pas de douleurs lombaires, le recourant soutient qu'un rapport de causalité naturelle doit être admis entre celles-ci et l'accident du 14 décembre 1994. On ne saurait souscrire au point de vue du recourant, car son argumentation reviendrait à conférer au principe «post hoc, ergo propter hoc» une valeur probante qu'il n'a pas, comme le Tribunal fédéral des assurances a déjà eu l'occasion de le préciser à plusieurs reprises (cf. ATF 119 V 341 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Le seul fait que des symptômes ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident peut constituer un indice, mais ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré, ce que le Tribunal de céans a fait.

Enfin, la condition de la causalité naturelle n'étant pas réalisée, il n'y a pas lieu de poursuivre l'analyse de la causalité adéquate.

12. En conséquence c'est à juste titre que l'intimée a considéré que le statu quo sine a été atteint le 14 décembre 1996 et que le traitement médical des suites de l'accident était terminé. En l'absence de tout lien de causalité entre l'accident du 14 décembre 1994 et l'état actuel du recourant, ce dernier n'a pas droit à une rente d'invalidité de la part de l'intimé. Sa décision du 25 novembre 2005, confirmée par sa décision du 9 août 2006 était dès lors fondée.

13. Le recours, mal fondé, doit être rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.

3. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); 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 :

Sylvie CHAMOUX — Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Marta TRIGO TRINDADE LAURIN

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