



POUVOIR JUDICIAIRE

A/4588/2019

ATAS/1180/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 3 décembre 2020**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, représenté par APAS,  
Association pour la permanence de défense des patients et des  
assurés

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, ASSURANCE MILITAIRE, Division assurance  
militaire, LUZERN

intimée

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président; Toni KERELEZOV et Monique STOLLER  
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1995, a effectué son recrutement en février 2016 et débuté l'école de recrue le \_\_\_\_\_ 2016. Suite à un accident survenu le 28 mars 2016 et ayant entraîné une fracture du 4<sup>ème</sup> métacarpien gauche, il a interrompu son service obligatoire le 29 mars 2016 et perçu des indemnités journalières versées par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : l'assurance militaire) jusqu'au 22 mai 2016. L'assuré a repris l'école de recrue le 4 juillet 2016.
2. En raison d'une dorso-lombalgie apparue à l'effort, des radiographies de la colonne lombaire ont été réalisées le 26 juillet 2016. Dans son rapport du 27 juillet 2016, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a noté un alignement et une hauteur des corps vertébraux conservés, une morphologie des vertèbres lombaires normales, des pédicules et plateaux vertébraux tous bien délimités, l'absence d'anomalie jonctionnelle, de lésion dégénérative significative ou de lésion osseuse focale. Les articulations sacro-iliaques et coxo-fémorales étaient symétriques et bien conservées. Il a constaté un pincement modéré de l'espace intersomatique en L5-S1 avec une parallélisation des plateaux vertébraux et conclu à une discopathie modérée en L5-S1 sans atteinte osseuse décelable.
3. Le 29 juillet 2016, le médecin de caserne a prescrit à l'assuré six séances de physiothérapie de renforcement et de stabilisation dorso-lombaire, à raison de deux séances hebdomadaires pendant trois semaines.
4. Dans un formulaire intitulé « Annonce de maladie et d'accident pendant un service militaire ou de protection civile » signé le 12 septembre 2016, l'assuré a indiqué qu'il avait présenté, peu après le début de l'école de recrue, d'importantes douleurs au niveau du bas du dos, qui étaient revenues et avaient empiré après une marche de 20 km. Le médecin de caserne a noté sur ce document qu'il avait constaté des contractures.
5. Le 22 septembre 2016, le médecin de recrutement a considéré que l'assuré était apte au service militaire, « seulement pour l'instruction et le support ». Les restrictions concernaient les actes de marcher, porter et soulever « fortement ».
6. Selon un rapport de la Commission de visite sanitaire (ci-après : CVS) du 22 septembre 2016, l'assuré, apte à servir, avait changé d'affectation et des instructions avaient été données afin de tenir compte des restrictions visant à épargner le rachis.
7. Le 4 novembre 2016, l'assuré a terminé son école de recrue.
8. En date du 16 novembre 2016, l'assuré a consulté son médecin traitant, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, qui a attesté d'une totale incapacité de travail dès le jour même.
9. Le 1<sup>er</sup> décembre 2016, l'assuré a été examiné par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, qui a prolongé l'incapacité de travail.

10. En date du 7 décembre 2016, l'assuré s'est soumis à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) lombaire. Dans son rapport rédigé le jour même, la doctesse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a constaté, du point de vue disco-vertébral, un canal lombaire de taille limite inférieure, des corps vertébraux de hauteur et de morphologie normales avec un respect de l'alignement des murs postérieurs, la présence d'un léger débord discal focal postéro-médian en L4-L5 sans perte de hauteur significative de l'espace intersomatique, des disques intervertébraux aux autres niveaux d'épaisseur conservée sans image de protrusion et une lame d'épanchement intra-articulaire inter-facettaire L4-L5 des deux côtés. En intra-canalaire, la radiologue a noté en L4-L5 un débord discal entraînant une légère encoche antérieure sur le fourreau dural, venant au contact de l'émergence des deux racines L5. Les trous de conjugaison étaient libres et il n'y avait pas de rétrécissement du sac dural, ni de rétrécissement foraminal aux autres niveaux examinés. Le cône médullaire se trouvait en situation physiologique en regard de D12-L1 sans anomalie notable. Il n'y avait pas non plus d'anomalie au niveau des articulations sacro-iliaques. La spécialiste a conclu à un canal lombaire de taille limite inférieure, à une légère discopathie protrusive postéro-médiane L4-L5 venant au contact de l'émergence des deux racines L5 et pouvant être à l'origine de lombosciatalgies à bascule, ainsi qu'à de discrets signes de surcharge articulaire postérieure en L4-L5 des deux côtés.
11. Par rapport du 13 janvier 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de lombosciatalgies droites, apparues pendant l'école de recrue en juillet 2016. Était ensuite survenue une irradiation douloureuse dans le membre inférieur droit, jusque dans la plante du pied. Le traitement consistait en des séances de physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens.
12. En date du 27 janvier 2017, l'assurance militaire a informé l'assuré qu'il remplissait les conditions pour être mis au bénéfice de ses prestations, mais que son droit serait réexaminé au terme de la procédure d'enquête ou suivant l'évolution de l'affection.
13. Le 30 janvier 2017, l'assuré s'est entretenu avec un gestionnaire de l'assurance militaire. D'après le procès-verbal signé le jour même, il a signalé, à titre d'antécédents, une opération du syndrome des loges des jambes quelques années auparavant, un accident de moto entre les deux écoles de recrue qui avait causé un hématome aux testicules, et le sinistre du 28 mars 2016 qui ne lui avait laissé aucune séquelle. Il n'avait jamais eu de problème dorsal avant ses deux écoles de recrue. Il a expliqué que lors de la seconde école, les recrues avaient dû effectuer une marche forcée avec l'intégralité de leur paquetage. À la fin, il n'arrivait plus à se baisser et avait le bas du dos « en feu ». Il s'était annoncé au sergent-chef qui l'avait fait conduire à l'infirmerie, où le médecin de troupe lui avait fait une première dispense. Il avait reçu des antidouleurs, des anti-inflammatoires et des relaxants musculaires et avait fait de la physiothérapie. Mais lorsqu'il retournait à la troupe, ses dispenses n'étaient pas respectées et il était contraint, comme les autres,

de ramper, courir, sauter avec tout le matériel, effectuer des exercices en montagne en portant tout le matériel et en dormant à terre. Il avait été très souvent mis à la garde de nuit, de sorte qu'il ne pouvait pas reposer son dos. Pour tenir le coup, il avait été « shooté » aux médicaments. Vers la fin du mois de septembre, il avait changé d'affectation, mais à nouveau, malgré les dispenses, le manque de repos et les douleurs l'avaient accompagné tout au long de son service. De retour à la vie civile, il avait consulté son médecin-traitant qui l'avait adressé au Dr D\_\_\_\_\_. Le traitement de physiothérapie régulière lui faisait du bien. Il sentait une petite amélioration, mais ressentait toujours des douleurs et ne pouvait pas tenir longtemps la position assise ou debout. Au niveau professionnel, il travaillait pour Sécuritas et était en incapacité de travail à 50%. Il aurait voulu effectuer l'école de garde-frontière ou de police, mais son dos ne le lui permettait pas.

14. Par rapport du 5 février 2017, le Dr C\_\_\_\_\_ a mentionné les diagnostics de kyste épидидymaire gauche et de status post lombalgies sur des discopathies modérées L5-S1. L'assuré relatait des scrotodynies bilatérales à prédominance droite avec une gêne résiduelle et des lombalgies basses occasionnelles.
15. Une IRM des articulations sacro-iliaques, réalisée le 15 février 2017, n'a pas révélé de signe d'atteinte inflammatoire érosive, ni d'altération significative, ni de dessiccation significative du disque L5-S1.
16. Dans un rapport du 26 février 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait revu le patient en raison de plaintes douloureuses aiguës touchant le rachis lombaire bas et le haut des deux fesses. Il avait suspecté une sacro-illite, mais l'IRM et un bilan sanguin avaient permis de rejeter cette hypothèse.
17. Le 7 mai 2017, ce médecin a mentionné le diagnostic de lombalgies mécaniques et attesté de la persistance des lombalgies droites, avec une exacerbation des douleurs lors de la position assise prolongée et parfois déclenchées par des manœuvres de retournement.
18. Le 30 mai 2017, l'assuré a été examiné par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin d'arrondissement de l'assurance militaire. Dans son rapport rédigé le jour même, le médecin-conseil a résumé les pièces du dossier et rappelé, entre autres, que l'assuré avait consulté plusieurs fois le médecin de troupe pour des lombalgies non déficitaires, d'allure chronique, sans notion de traumatisme. Lors de la première consultation du 11 juillet 2016, le status n'avait révélé qu'une contracture paravertébrale bilatérale et le traitement prescrit était conservateur. Des radiographies avaient été effectuées le 26 juillet 2016 et l'assuré avait décrit des douleurs intermittentes liées à l'effort lors d'un examen le 29 juillet 2016. Le patient avait à nouveau consulté le 12 septembre 2016, suite à une marche de 20 km qui avait exacerbé les lombalgies, accompagnées d'irradiations dans les jambes. Le médecin d'arrondissement a ensuite relaté les plaintes de l'assuré et le traitement suivi, puis présenté le résultat de ses observations. À cet égard, il a

---

notamment mentionné un poids de 74 kg. Dans son appréciation du cas, il a noté que l'assuré décrivait parfois les douleurs de façon théâtrale dans la conversation et qu'il semblait les magnifier. Il décrivait un handicap marqué dans tous les domaines de la vie, contrastant avec un jeune homme très musclé, surtout au niveau scapulaire, à la façon des bodybuilders. En outre, le status était très pauvre avec l'absence de troubles neurologiques sensitivomoteurs à l'anamnèse et au status. Ce dernier ne montrait aucune fonte musculaire ni aux épaules ni aux membres inférieurs, alors que l'assuré indiquait avoir interrompu toutes ses activités sportives depuis plusieurs mois. D'autre part, ce contraste était également marqué au niveau des investigations, puisque les bilans radiologique et sérologique n'avaient pas montré de lésion anatomique ou d'éléments pour une maladie inflammatoire. Bien que quelques signes parlaient en faveur d'une douleur bel et bien présente, notamment une flexion latérale plus ample à gauche, le déshabillage effectué avec une adaptation des mouvements, la modification de la position sur la chaise, aucune explication ne pouvait être fournie quant à la raison de ce status algique entraînant une baisse aussi drastique des activités. Actuellement, il n'était pas encore possible d'exclure avec certitude la possibilité d'une maladie inflammatoire telle que la spondylarthrite ankylosante séronégative, rendant les tests de laboratoire non contributifs au diagnostic, alors que les signes radiologiques étaient parfois d'apparition tardive. En conclusion, l'impression laissée était celle d'un jeune patient, d'allure sportive et musclée, qui s'était installé dans ses douleurs physiques et dans la crainte de les exacerber. Le médecin traitant allait adresser son patient à un spécialiste du dos. Dans l'attente de ces consultations spécialisées, aucune reprise du travail n'était proposée.

19. Le 1<sup>er</sup> juin 2017, le Dr D\_\_\_\_\_ a prié le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecin adjoint agrégé au Service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), de convoquer l'assuré pour un second avis. Il lui a indiqué que le patient, en excellente santé habituelle et sportif, pratiquant notamment la musculation, présentait des douleurs lombo-fessières droites depuis son école de recrue, lesquelles avaient résisté à tous les traitements proposés. Lors de son premier examen du 1<sup>er</sup> décembre 2016, l'intéressé, de corpulence très musclée avec un poids de 73 kg, faisait état de douleurs permanentes dans toutes les positions, souvent insomniantes, avec une irradiation douloureuse touchant la fesse, la cuisse et la jambe droite, selon un trajet plutôt postérieur se terminant par moment au niveau du bord latéral du pied et de la plante du pied droit, sans paresthésie. L'IRM lombaire n'avait pas mis en évidence de phénomène compressif bien net au niveau de la racine S1 droite. Il existait un petit rebord discal en L4-L5, mais aucun élément évocateur d'une origine radiculaire S1 droite. Il avait prescrit au patient un traitement antalgique, anti-inflammatoire, de physiothérapie avec des étirements et un réentraînement progressif sur des engins de fitness. Il avait évoqué un début de spondylo-arthropathie séronégative, ce d'autant plus qu'une spondylarthrite était alors suspectée chez son frère. Ces hypothèses avaient été écartées, tant pour le patient que pour son frère. Finalement,

il se demandait si la petite protrusion discale L4-L5 n'irritait pas de temps en temps la racine L5 droite.

20. Par rapport du 27 juin 2017, le Dr G\_\_\_\_\_ a retenu que l'assuré se plaignait de lombalgies droites, plus rarement gauches, apparues dans le contexte de l'armée. Il avait l'impression d'avoir été trop forcé, en étant remis en activité jour après jour. Les douleurs, au début intermittentes, étaient continues, avec des épisodes de blocage aigus et l'impression que sa colonne allait casser. Les douleurs augmentaient avec le port de poids et la position assise était très difficile. La course n'était pas tolérée et la marche l'était de manière très variable. L'assuré avait parfois une sensation désagréable dans la jambe droite, sans réelle douleur ni trajet radiculaire. L'IRM sacro-iliaque était sans particularité et le rapport d'IRM lombaire faisait état de discopathies dans les limites de la norme pour l'âge du patient. À l'examen, il avait constaté que l'assuré était très musclé, qu'il n'y avait pas de trouble statique, mais une limitation importante en inclinaison de droite à gauche. À la palpation, était notée une contracture paravertébrale droite douloureuse. Le médecin a conclu à un syndrome lombo-vertébral chronique pour lequel il n'avait retrouvé aucun élément en faveur d'un rhumatisme inflammatoire ou d'un syndrome radiculaire. Il s'agissait donc d'une lombalgie commune avec d'importants facteurs de risques de chronicisation, compte tenu d'une personnalité catastrophiste et anxieuse de base. D'un point de vue thérapeutique, il proposait de débiter quelques séances d'ostéopathie et de réaliser un bilan multidisciplinaire. En fonction de l'évolution clinique et du résultat, une prise en charge multidisciplinaire serait considérée.
21. En date du 15 août 2017, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assuré mettait ses douleurs en relation avec des facteurs physiques, soit un dos fragile et une impression d'avoir cassé sa colonne, et psychologiques, soit un stress pendant l'armée où il s'était senti faible physiquement et psychologiquement. Le patient exprimait un vécu traumatique de l'expérience à l'armée qui avait « cassé » sa vie. Il décrivait un fonctionnement anxieux, se disait de nature timide et pessimiste, exprimait une méfiance relationnelle et la crainte du jugement d'autrui. Après l'armée et la rupture, il avait connu une période de « déprime » et avait eu tendance à s'isoler, à se négliger, à rester chez lui toute la journée. Il s'en était sorti grâce à l'aide de ses amis et à la reprise d'exercices chez lui et se sentait moins stressé. L'idée d'intégrer le service civil et de ne plus aller à l'armée le rassurait, mais il restait une certaine pression familiale sur son avenir professionnel. Le médecin a relevé de bons résultats aux tests physiques, et signalé une kinésiophobie importante et une représentation erronée sur l'origine des douleurs. L'indication à une prise en charge multidisciplinaire était retenue, avec de la physiothérapie, de la psychomotricité, de l'ergothérapie et de la psychiatrie.
22. Par rapport 20 octobre 2017, le Dr G\_\_\_\_\_ a relaté que l'assuré avait interrompu la prise en charge multidisciplinaire après quelques séances, ainsi que le traitement, estimant que l'évolution était favorable. Toutefois, depuis quelques semaines, il

avait repris une formation et éprouvait plus de difficultés à rester assis pendant les cours. Le traitement ostéopathique semblait avoir perdu de son efficacité. L'assuré rapportait des douleurs des membres inférieurs, qui pouvaient être intenses, très diffuses ou centrées sur plusieurs articulations, durer quelques heures ou quelques jours. L'anamnèse était peu évocatrice d'une lombosciatalgie. Ces symptômes le laissaient un peu perplexe, mais dans le doute, il avait réalisé un bilan métabolique large. Il pensait que le patient présentait une surcharge psychologique importante dont le rôle exact sur les symptômes restait encore à définir. Malheureusement, l'intéressé était pour l'instant totalement hermétique à l'idée d'une consultation spécialisée.

23. Le 15 mars 2018, le Dr G\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des rachialgies chroniques et des sciatalgies non radiculaires. Il a précisé que l'assuré n'avait pas pu tenir les positions assises requises pour poursuivre ses études d'informatique qui le motivaient pourtant beaucoup.
24. Une radiographie EOS de posture globale de la colonne totale, réalisée le 10 avril 2018, n'a révélé aucun trouble morphologique ou statique.
25. Le 1<sup>er</sup> mai 2018, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué à l'assurance militaire qu'il connaissait l'assuré depuis le mois de mars 2012 et qu'il l'avait suivi pour des affections de saison, ainsi que pour un syndrome des loges, pris en charge par plusieurs spécialistes en 2014 et 2015, avec une bonne évolution. Son patient lui avait parlé pour la première fois de ses problèmes de rachis le 16 novembre 2016.
26. Par rapport du 17 mai 2018, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a diagnostiqué des lombalgies chroniques sur des troubles posturaux, une insuffisance musculaire et une surcharge post L4-S1. Il a rapporté des douleurs lombaires chroniques, des troubles de la statique et des douleurs électriques facettaires au pied droit. Le traitement proposé comprenait de la physiothérapie posturale et des supports plantaires.
27. Dans un rapport du 4 juin 2018, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a fait suite à une consultation de l'assuré du jour même. Il a relaté des douleurs lombaires persistantes et permanentes d'importance variable, ainsi que des douleurs intermittentes des membres inférieurs de localisations variables, pouvant concerner les cuisses, les jambes et parfois les pieds. À l'anamnèse systématique, il n'y avait pas de plaintes aux nerfs crâniens ou aux membres supérieurs, pas de plaintes cervicales, pas d'altération de l'état général avec un poids qui avait diminué de 74 à 70 kg par arrêt du sport. Les examens neurologique et électroneuromyographique du membre inférieur gauche s'étaient révélés dans les limites de la norme. Durant la consultation, l'assuré avait mentionné des douleurs permanentes de la région sacro-iliaque droite, plus marquées en position assise. L'intéressé était soulagé par la position debout qu'il avait conservée durant pratiquement toute l'anamnèse. En définitive, il n'y avait pas d'élément pour une pathologie neuromusculaire et cliniquement pas d'élément pour une atteinte centrale. Le spécialiste avait tout de

même l'impression d'un problème plutôt mécanique dans la région sacro-iliaque droite.

28. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 11 au 13 juin 2018. Dans leur rapport d'évaluation interdisciplinaire du 14 juin 2018, les docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, et K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et rhumatologie, ont retenu le diagnostic de lombalgies communes et la comorbidité de pieds creux longitudinaux. Ils ont noté que les plaintes de l'assuré étaient extrêmement marquées et paraissaient disproportionnées. Il s'agissait de douleurs lombaires centrées accompagnées de douleurs suspendues des mollets. Elles étaient continues et empêchaient toute position statique, aussi bien debout qu'assise. Elles étaient cotées à un très haut degré d'intensité et le retentissement sur les activités courantes était majeur. Ce qui frappait au cours de l'approche clinique était l'extrême démonstrativité du sujet qui refusait au cours de l'anamnèse d'adopter la position assise, qui se déplaçait quasi constamment et finissait par demander à pouvoir se coucher à même le sol. Au cours de l'examen physique proprement dit, ce comportement s'estompait, sans devenir tout à fait normal. Objectivement, on ne retenait aucun élément en faveur d'une origine spécifique. Il n'y avait pas de limitation de l'appareil locomoteur, aucun indice d'une maladie rhumatismale inflammatoire, de spondylo-arthrite, et l'examen neurologique avait exclu tout signe en faveur d'un conflit disco-radriculaire. L'examen des documents d'imagerie était également rassurant et ne révélait aucune anomalie significative. Il n'y avait pas de lésion anatomique susceptible d'expliquer les lombalgies communes. Le comportement de l'assuré n'avait pas permis de mener une évaluation de ses capacités fonctionnelles pouvant déboucher sur un niveau de performance valide et le niveau de cohérence était trop faible. Certains tests ne faisaient pas appel à des capacités motrices susceptibles d'être limitées au vu des données objectives, ce qui soulevait clairement la question de la collaboration. Le hiatus entre les douleurs alléguées, respectivement le handicap décrit, et les données objectives était considérable. Une telle incapacité à s'insérer dans une formation professionnelle ou à s'impliquer dans une activité rémunérée, le mode de survenue d'une lombalgie pareillement et définitivement invalidante ainsi que l'impossibilité de terminer l'école de recrue malgré les tentatives de facilitation, ouvraient clairement la question de troubles psychiques prédominants. L'évaluation psychiatrique laissait également perplexe. Comme lors de l'évaluation somatique, l'assuré refusait de s'asseoir, bien qu'il collabore de façon satisfaisante à la discussion, sans se monter méfiant, irritable ou interprétatif. Il réfutait toute composante d'ordre émotionnel. Interrogé spécifiquement sur les tendances anxieuses ou les difficultés psychologiques lors des ruptures sentimentales rapportées dans le dossier, le patient écartait d'un revers de main ces arguments en revenant immédiatement à ses douleurs et au fait qu'il se sentait psychologiquement totalement normal. Une investigation psychiatrique structurée ne permettait pas de retenir de grave symptôme psychopathologique durant l'enfance et le développement psychomoteur et intellectuel semblait avoir été

globalement dans les normes. Il n'y avait pas de trouble de la personnalité. Un tableau douloureux aussi intense et démonstratif, en l'absence d'explication lésionnelle évidente, posait un problème délicat. D'une part, les plaintes pouvaient ne correspondre à aucune entité nosologique, y compris psychiatrique, ce qui relèverait de l'attitude et non de la pathologie. D'autre part, on pourrait formuler l'hypothèse que ce jeune patient évoluait vers des certitudes inébranlables, non réductibles par la logique, à savoir être atteint d'une pathologie somatique contre toute évidence, ce qui relèverait d'un processus psychotique de l'ordre du trouble délirant. L'évaluation réalisée ne permettait pas de trancher entre ces deux hypothèses. En conclusion, le pronostic était essentiellement lié à des facteurs personnels et contextuels. Les médecins n'avaient aucune explication médicale pour des plaintes d'une telle intensité, pour un handicap d'une telle ampleur, pour un comportement pareillement démonstratif, l'ensemble semblant constituer une forme d'opposition. On sortait clairement du champ médical et les médecins n'avaient aucune proposition médicale susceptible de lever l'impasse existentielle, qui s'était construite depuis deux ans.

Étaient annexés l'évaluation psychiatrique du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 13 juin 2018, l'examen neurologique du Dr J\_\_\_\_\_ du 12 juin 2018 et l'évaluation des capacités fonctionnelles de Madame M\_\_\_\_\_, physiothérapeute, du 13 juin 2018.

29. Dans une nouvelle appréciation du 22 juin 2018, le Dr F\_\_\_\_\_ a résumé les pièces depuis son examen du 30 mai 2017 et rappelé que la prise en charge par les Drs D\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ n'avait pas permis à l'assuré de reprendre ses activités professionnelles de façon soutenue, et qu'aucune raison somatique ne permettait d'expliquer des douleurs d'une telle ampleur. En raison du vide des éléments médicaux apportés par de larges investigations et devant la résistance du patient à une prise en main psychiatrique, force était de conclure que la question d'une reprise des activités professionnelles dépendait plus d'une décision du patient lui-même que d'une attitude médicale ou des arrêts de travail pouvant être attestés. On pouvait donc admettre, au degré de la vraisemblance prépondérante, que des facteurs inorganiques étaient à l'origine du maintien actuel d'une incapacité de travail. Dans le contexte d'un jeune patient de 23 ans où aucune affection n'avait été mise en évidence, il était absolument essentiel pour lui de reprendre une activité professionnelle et préserver ainsi son avenir. Répondant aux questions de l'assurance militaire, le médecin d'arrondissement a indiqué qu'une activité pleine et entière était exigible dans une activité adaptée, simple et répétitive ou en tant qu'étudiant en informatique, au vu de l'absence d'affection invalidante, même partiellement, mise en évidence après de très nombreuses investigations et un long traitement symptomatique. Les lombalgies communes se définissaient comme des douleurs lombaires qui survenaient sans cause spécifique et étaient de nature fonctionnelle. La discopathie L4-L5, constatée à l'IRM pratiquée pendant la deuxième partie de l'école de recrue, faisait partie de l'évolution naturelle des

disques intervertébraux et avait commencé bien avant l'école de recrue. Il s'agissait d'une affection banale, présente chez beaucoup de personnes de façon occulte (indolore) et qui n'affectait pas le tableau clinique de ce patient. Actuellement, comme démontré par les très nombreux spécialistes qui avaient examiné l'assuré, la reprise des activités dépendait d'éléments contextuels non organiques. Après deux ans, on pouvait estimer que les effets délétères de la deuxième partie de l'école de recrue, sur la colonne lombaire, sans anomalie invalidante mise en évidence, étaient définitivement éliminés.

30. Par courrier du 26 juin 2018, l'assurance militaire a informé l'assuré qu'elle considérait, sur la base de l'évaluation à la CRR, que ses capacités de travail et de gain étaient entières dans une activité convenant aux troubles provisoirement assurés, de sorte qu'elle mettrait fin à ses prestations au 30 juin 2018. L'assuré était invité à faire tout ce qui était en son pouvoir pour trouver un poste de travail adapté et à faire valoir ses droits à des indemnités de chômage.
31. Dans un préavis du 2 juillet 2018, l'assurance militaire a nié le droit de l'assuré à toute prestation dès le 1<sup>er</sup> août 2018. Elle a rappelé que l'évaluation à la CRR n'avait mis en évidence aucune affection invalidante et que l'incapacité de travail actuelle était due à des facteurs inorganiques. Elle a ainsi retenu que la symptomatologie douloureuse lombaire survenue lors de l'école de recrue était éliminée avec certitude depuis longtemps et que l'état algique lombaire présenté par l'assuré ne relevait plus de sa responsabilité.
32. Le 10 juillet 2018, l'assuré a contesté la position de l'assurance militaire, en particulier l'existence de facteurs personnels et contextuels le concernant.
33. Par décision du 8 octobre 2018, l'assurance militaire a confirmé son préavis du 2 juillet 2018 pour les motifs invoqués, relevant que l'assuré n'avait pas motivé sa contestation malgré les délais accordés pour ce faire.
34. Dans un rapport du 11 octobre 2018, la doctoresse N\_\_\_\_\_, anesthésiologue, a indiqué qu'elle avait vu l'assuré à six reprises depuis le 19 janvier 2018 dans le cadre de lombalgies chroniques invalidantes et rebelles aux traitements proposés, ayant débuté dans les suites de l'école de recrue partiellement accomplie en 2016. Elle employait des techniques dérivées de l'hypnose pour enseigner au patient une meilleure gestion des douleurs au quotidien, afin de l'aider à augmenter progressivement son autonomie. Elle travaillait avec l'intéressé sur ses représentations de la douleur, et l'apprentissage de l'autohypnose était en cours.
35. En date du 7 novembre 2018, l'assuré a formé opposition contre la décision du 8 octobre 2018 et soutenu qu'un lien de causalité entre l'atteinte à la santé et l'incident survenu lors de l'école de recrue n'était pas à exclure, étant notamment relevé que le Dr G\_\_\_\_\_ avait diagnostiqué des lombalgies communes chroniques dans un contexte d'hyperlaxité et estimé qu'il y avait certainement un lien temporel entre le début des symptômes et l'armée. L'assurance militaire n'avait pas tenu compte de son véritable état de santé et sa décision était arbitraire.

Il a communiqué les pièces suivantes :

- un rapport du 6 août 2018 de la doctoresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a indiqué avoir vu l'assuré les 19 avril et 3 mai 2018 sur suggestion du Dr G\_\_\_\_\_, lequel voulait évaluer la présence d'une origine psychogène des douleurs persistantes depuis 2016 ; l'assuré s'était montré réticent et peu convaincu de la démarche ; elle n'avait pas pu objectiver les critères nécessaires pour émettre un quelconque diagnostic psychiatrique, notamment un syndrome douloureux somatoforme ou un trouble de la personnalité ; elle avait suggéré à l'assuré un suivi, mais il n'en ressentait ni le besoin ni l'envie ;
- un rapport du 9 octobre 2018 du docteur P\_\_\_\_\_, radiologue au Centre de traitement de la douleur ; l'intéressé, vu le jour même, présentait depuis 2016 des lombalgies basses irradiantes au niveau fessalgique, prioritaires du côté droit puis au niveau du pli inguinal et du sexe du côté droit ; à gauche, la douleur était essentiellement inguinale et avait commencé lors du service militaire au niveau lombalgique, puis une douleur de pudendalgie était décrite de manière rapide ; les examens n'avaient mis en évidence qu'une très modeste discopathie L4-L5 plus que L5-S1 à type de fissure de l'anneau discal postérieur, ne semblant pas venir jusqu'en surface ; il a conclu que le patient souffrait de deux symptomatologies différentes, soit une lombalgie basse probablement discogénique mais peut-être facettaire, et une pudendalgie prédominante à droite qui semblait prioritaire mais n'expliquait pas la lombalgie haute ; une nouvelle IRM comparative à celle de 2016 était préconisée, notamment pour quantifier les discopathies L4-L5 et L5-S1 et objectiver leur dégradation, et éliminer un conflit haut D11 à L1 ; dans un deuxième temps, une neuro-IRM pelvienne était suggérée à la recherche d'une pathologie inflammatoire ou d'un trapping sur certains nerfs ; si ces imageries s'avéraient non contributives, il serait alors proposé de réaliser des blocs de la douleur ;
- un rapport du 23 octobre 2018 par lequel le Dr G\_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire envoyé par l'assuré ; il a rappelé avoir été consulté de juin 2017 à mai 2018 pour des rachialgies invalidantes dans la vie quotidienne ; le diagnostic était celui de lombalgies communes chroniques dans un contexte d'hyperlaxité ; l'assuré s'était aussi plaint de douleurs des deux jambes qui n'étaient manifestement pas une irradiation d'origine lombaire ; on relevait un antécédent de syndrome de loge, mais aucun diagnostic n'avait été retenu pour les plaintes actuelles ; concernant l'évolution, l'état de santé avait été fluctuant : l'intéressé avait parfois suspendu le traitement pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois, en raison d'amélioration transitoire, mais les symptômes avaient toujours récidivé ; les lombalgies entraînaient des difficultés positionnelles, en particulier lorsqu'il était assis, mais également lors du piétinement, la marche ou le port de charge ; l'absence d'évolution favorable

malgré les différents traitements introduits incitait à être relativement pessimiste quant à l'évolution de l'état de santé, même si une amélioration pouvait toujours avoir lieu puisqu'il s'agissait d'un problème essentiellement fonctionnel ; concernant la capacité de travail, elle avait quelque peu évolué au cours de l'année de suivi, mais il lui était difficile de se prononcer avec précision ; il n'était pas possible de comprendre exactement ce qui s'était passé durant le service militaire, mais il existait certainement un lien temporel entre le début des symptômes et l'armée ; les médecins avaient eu l'impression qu'il y avait un mélange de surcharge physique et de pression psychologique qui avait profondément déstabilisé le patient, mais il ne leur avait pas été possible d'en apprendre plus ; dans ce contexte, il était donc difficile de se prononcer sur un lien de causalité entre les atteintes à la santé et l'accident militaire de juillet 2016.

36. Par rapport du 20 décembre 2018, le Dr P\_\_\_\_\_ a exposé que lors de sa consultation du jour même, l'assuré se plaignait de lombofessalgie droite et d'une symptomatologie irradiante au niveau des organes génitaux du côté droit. Deux blocs infiltratifs de la douleur avaient été réalisés, tout d'abord épidural sans aucun succès, puis péri-discal L4-L5 droit, qui avaient confirmé par l'anesthésiant que le disque L4-L5 présentait une discopathie avec une déchirure de l'anneau discal fibreux, responsable de la symptomatologie de lombosciatalgie droite. La deuxième infiltration avait présenté un bénéfice estimé par le patient à 30% par l'effet du stéroïde. Un traitement de deuxième intention, qu'il soit de renforcement de l'élasticité discale par hydrocoil ou de fragmentation du collagène et d'hypopression discale par laser, paraissait indiqué. La douleur de pudendalgie n'était plus réapparue depuis les séances infiltratives, mais elle était fluctuante. Enfin, quelques séances de traction du rachis et d'ostéopathie douce étaient proposées pour les lombalgies en diminution.
37. Le 27 juin 2019, le Dr H\_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire de l'assuré, qu'il suivait depuis 2018 en raison de douleurs chroniques lombo-pelviennes. Il a diagnostiqué une surcharge articulaire facettaire lombaire basse, une possible atteinte discale modeste, et une pudendalgie droite. Les limitations fonctionnelles résidaient essentiellement dans les postures prolongées, debout ou assise, ainsi que dans les contraintes physiques. Le pronostic était réservé vu l'évolution fluctuante des plaintes, mais bon sur le plan d'une capacité de travail dans une activité adaptée. Le médecin a indiqué qu'il ne se prononcerait pas sur la question d'un rapport de causalité entre les atteintes rhumatologiques et pudendalgiques et l'incident militaire.
38. Le 5 juillet 2019, l'assuré a considéré que les diagnostics retenus par le Dr H\_\_\_\_\_ remettaient en cause l'évaluation de la CRR puisque des facteurs organiques étaient bien à l'origine de son incapacité de travail.
39. Dans un nouvel avis du 2 octobre 2019, le Dr F\_\_\_\_\_ a estimé que les nouveaux rapports produits par l'assuré ne modifiaient pas ses précédentes conclusions, ce

---

d'autant plus que les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ne se prononçaient pas sur un lien de causalité entre les lombalgies et les activités militaires. En outre, les radiographies totales du 11 avril 2018 n'avaient montré aucune lésion particulière.

40. Par décision sur opposition du 12 novembre 2019, l'assurance militaire a confirmé sa décision du 8 octobre 2018, sur la base des appréciations de son médecin-conseil auxquelles il convenait d'accorder une pleine valeur probante. Elle a ainsi conclu que la symptomatologie douloureuse lombaire survenue durant l'école de recrue était éliminée avec certitude depuis deux ans après la fin du service obligatoire, de sorte que sa responsabilité n'était plus engagée à l'égard de la symptomatologie douloureuse actuelle.
41. Par acte du 12 décembre 2019, l'assuré, par l'intermédiaire d'un représentant, a interjeté recours contre cette décision sur opposition. Il a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à l'audition du Dr P\_\_\_\_\_, et principalement, à l'annulation de la décision litigieuse et à la condamnation de l'intimée à lui allouer ses prestations au-delà du 1<sup>er</sup> août 2018. Le recourant a fait grief à l'intimée d'avoir prétendu, sans en apporter la preuve, que ses lombalgies avaient commencé avant l'école de recrue. De même, elle n'avait pas démontré que les effets délétères des efforts accomplis étaient désormais éliminés. Il a rappelé qu'il s'astreignait à une infiltration sous antibiothérapie prophylactique, traitement qui avait permis une certaine amélioration des symptômes. Il ne se soumettrait pas à un tel traitement hors de tout contexte algique. Il a en outre indiqué qu'il avait dû abandonner sa formation en informatique car il ne pouvait pas tenir la position assise prolongée et que son contrat d'apprentissage d'employé de commerce débuté en septembre 2019 avait été résilié car il ne pouvait pas charger et décharger des caisses lourdes.

Le recourant a produit un rapport du 7 juin 2019 du Dr P\_\_\_\_\_ suite à une infiltration discale et paradiscale droite réalisée le jour même en raison d'une lombosciatalgie droite résistante à la prise en charge infiltrative. Le médecin a rapporté une discopathie protrusive L4-L5 sur la ligne médiane, restant sous-ligamentaire et sans changement.

42. Dans sa réponse du 31 mars 2020, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a rappelé que le recourant n'avait subi aucun accident pendant son école de recrue et que les lombalgies étaient apparues à l'occasion d'activités normales. Ces lombalgies communes étaient par définition de nature fonctionnelle et survenaient finalement sans cause spécifique. En outre, l'IRM pratiquée pendant l'école de recrue avait révélé une discopathie L4-L5. Selon la littérature médicale, l'usure croissante du disque intervertébral était « en général » attribuée aux altérations dégénératives, ce qui était à plus forte raison vrai en l'absence de traumatismes particuliers. Par ailleurs, des recherches fondamentales, particulièrement dans le domaine de la biochimie et de la biomécanique, avaient démontré que les facteurs extérieurs, par exemple les normales sollicitations lors des activités quotidiennes, jouaient un rôle secondaire dans les causes de la dégénérescence du disque intervertébral. Elle a rappelé que son médecin-conseil avait dû établir une

---

antériorité certaine des troubles lombaires affectant le recourant. Il avait notamment relevé que les effets délétères de l'école de recrue sur la colonne lombaire avaient été éliminés avec une certitude « médico-pratique », deux ans après la fin du service. Par ailleurs, ses conclusions avaient été confortées par les rapports des nombreux spécialistes consultés par le recourant qui étaient tous d'avis que son incapacité de travail ne dépendait clairement pas de troubles somatiques. Aucun de ces médecins n'avaient pu établir l'existence d'un quelconque lien de causalité entre les lombalgies et les activités militaires accomplies.

43. Par écriture du 18 juin 2020, le recourant a maintenu ses conclusions, précisant que le versement des indemnités journalières n'était demandé que jusqu'au 17 décembre 2019. Subsidiairement, il a conclu à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire visant à vérifier s'il était « impossible d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante (plus de 50%) une absence de relation de causalité adéquate et naturelle » entre ses troubles somatiques et les efforts auxquels il avait été astreint pendant son école de recrue. Le recourant a rappelé que ses lombalgies étaient apparues pendant le service militaire, « à l'effort » et qu'il avait sollicité et obtenu des prestations prescrites après déclaration au médecin de troupe. La prétendue antériorité des troubles lombaires l'affectant n'existait pas. Au contraire, le Dr C\_\_\_\_\_ avait indiqué à plusieurs reprises qu'il n'avait jamais été consulté pour des troubles lombaires avant l'école de recrue. Quant aux rapports des médecins qui avaient essayé de « psychiatriser » ses douleurs d'origine clairement somatique, ils avaient déjà été réfutés par le rapport relatif à l'infiltration du 7 juin 2019, et l'étaient également par les nouvelles pièces produites. Il incombait à l'intimée d'établir l'absence de lien de causalité naturelle et adéquate entre ses atteintes et les activités militaires accomplies. Les constatations circonstanciées du Dr P\_\_\_\_\_, corroborées par des documents radiologiques, étaient en totale contradiction avec les conclusions de la CRR, selon lesquelles le bilan neurologique n'avait pas relevé de pathologie discale. En outre, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) avait considéré que sa capacité de travail était de 0% dans le métier de la sécurité ou dans des activités comportant des contraintes, mais de 80% à 100% dans une activité adaptée. Le recourant a exposé qu'il bénéficiait d'un contrat d'apprentissage avec les EPI afin de terminer son apprentissage d'employé de commerce, et qu'il percevait des indemnités journalières de l'assurance-invalidité du 18 décembre 2019 au 26 janvier 2020, puis du 27 janvier 2020 au 31 juillet 2022, durée de sa formation professionnelle. Ces indemnités étaient supérieures à celles qu'il obtenait de l'assurance militaire jusqu'au 1<sup>er</sup> août 2018. Par conséquent, il ne sollicitait leur versement que pour la période du 1<sup>er</sup> août 2018 au 17 décembre 2019. Par contre, il demandait la prise en charge par l'intimée des autres prestations, notamment les prestations médicales, sans limitation de temps, et une demande de prestations pour le cas où il ne pourrait pas terminer sa formation était réservée.

Le recourant a produit :

- 
- un rapport du 29 octobre 2018 du Dr P\_\_\_\_\_, suite à une IRM dorsale et lombosacrée du jour même ; le radiologue a constaté, à l'étage dorsal, une discopathie circonférentielle D6-D7 avec une dessiccation discale ; à l'étage lombaire, il a observé une dessiccation discale L4-L5 connue avec une déchirure large de l'anneau discal fibreux et une protrusion discale en discrète pénétration et médiane, restant sous-ligamentaire venant au contact des deux racines L5 sans signe de souffrance ;
  - un certificat médical du 17 janvier 2020 du Dr C\_\_\_\_\_ affirmant que son patient, qu'il suivait depuis le 1<sup>er</sup> mars 2012, ne l'avait jamais consulté pour des douleurs lombaires avant son école de recrue et qu'il n'avait jamais non plus reçu de rapport d'autres confrères à ce sujet ;
  - un rapport du 24 février 2020, par lequel le Dr P\_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire du recourant ; il a notamment confirmé que l'IRM du 29 octobre 2018 avait mis en évidence une pénétration de la protrusion discale médiane L4-L5 depuis l'IRM de décembre 2016 ; le disque L4-L5, sur les différents blocs de la douleur, était responsable d'une grande partie de la symptomatologie, raison pour laquelle le traitement par laser réalisé le 7 juin 2019 avait amélioré le patient ; ce traitement avait consisté à introduire une sonde de haute énergie dans le disque L4-L5 afin de diminuer la pression intra discale ; cela avait entraîné une amélioration notable pour le recourant ; la nouvelle IRM de contrôle sur ce segment, réalisée le 11 février 2020, retrouvait une amélioration de la protrusion discale L4-L5 et de la fissure postérieure traduisant l'amélioration de cet étage par rapport à 2018, en accord avec l'examen clinique en amélioration ; le patient avait décidé que cette amélioration était suffisante pour continuer la prise en charge médicale conservatrice de manière assidue et il était encouragé dans ce sens ; il n'était ni banal, ni normal de présenter une dessiccation discale à 25 ans ; interrogé sur le lien de causalité entre les affections constatées et le service militaire, le médecin a répondu ne pas pouvoir se prononcer ; il n'a pas non plus pris position sur le rapport du médecin-conseil de l'intimée ;
  - copie du mandat de réadaptation de l'OAI retenant que la capacité de travail était nulle dans l'activité de la sécurité ou toute activité de contrainte ; dans une activité adaptée, elle pourrait être envisagée à un taux de 80% à 100% ;
  - copie d'un rapport de l'OAI aux termes duquel les frais de formation professionnelle initiale seraient pris en charge du 27 janvier 2020 au 31 juillet 2022 ;
  - une décision de l'OAI concernant les indemnités journalières ;
  - des échanges de courriels relatifs à son apprentissage.
44. Dans sa duplique du 17 juillet 2020, l'intimée a persisté. Elle a considéré que le dossier avait été suffisamment instruit et qu'une expertise judiciaire n'était pas nécessaire. Elle a rappelé que le recourant s'était annoncé au médecin de troupe dès
-

---

le 7<sup>ème</sup> jour de son école de recrue et que les radiographies pratiquées le 26 juillet 2016 avaient révélé une discopathie modérée L5-S1, comme attesté par le rapport y relatif joint à son écriture. Elle a maintenu qu'aucun des médecins consultés n'avait pu établir l'existence d'un quelconque lien de causalité entre les lombalgies et les activités accomplies durant le service militaire. L'IRM citée par le recourant avait été réalisée presque deux ans après la fin de son école de recrue. La circonstance que cette IRM avait mis en évidence pour la toute première fois une nouvelle affection, soit une dessiccation discale avec une protrusion discale médiane D7 ne saurait en aucun cas prouver l'existence, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'un lien de cause à effet entre celle-ci et l'école de recrue. Le rapport du Dr P\_\_\_\_\_ n'apportait aucune information complémentaire à ce sujet.

45. En date du 28 juillet 2020, le recourant a également persisté. Il a notamment relevé que le rapport du 27 juillet 2016 révélait une discopathie, confirmée par l'IRM de décembre 2016, de sorte qu'il cherchait en vain les documents sur lesquels les médecins de l'intimée s'étaient fondés pour établir la prétendue antériorité de ses troubles lombaires. Ces derniers s'étaient aggravés pendant toute la durée de l'école de recrue et l'affection subsistait depuis lors sans interruption. La dessiccation n'était pas en D7, mais en L4-L5 « en péjoration », ce qui signifiait que cette atteinte n'était pas nouvelle. Le Dr C\_\_\_\_\_ le suivait depuis 2012, soit quatre ans avant son service militaire, et il avait attesté ne jamais avoir été informé de problèmes de dos avant la consultation de novembre 2016. Ses médecins traitants avaient en outre contesté que son incapacité de travail ne dépendait nullement de troubles somatiques. Enfin, c'était à l'intimée d'établir l'absence de lien de causalité. Les conclusions du médecin-conseil avaient été contredites par les rapports qu'il avait produits.
46. Le 9 septembre 2020, l'intimée a également maintenu ses conclusions. Elle a relevé que selon la pratique médicale, toute les discopathies étaient d'origine presque exclusivement dégénérative. Le dossier du recourant ne documentait aucun accident durant l'école de recrue, de sorte que les troubles lombaires dont il s'était plaint pendant le service militaire n'avaient en toute certitude pas été causés par un quelconque traumatisme. Il en allait de même s'agissant des signes de la discopathie révélée par les radiographies du 27 juillet 2016, pratiquées après seulement 7 jours d'école de recrue.
47. En date du 25 septembre 2020, le recourant a fait grief à l'intimée de ne pas avoir établi dans quelle proportion l'atteinte à la santé n'était certainement pas ou plus dans un rapport de causalité adéquate avec les influences subies pendant le service.
48. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 6 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour

---

de justice 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance militaire du 19 juin 1992 (LAM - RS 833).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAM, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance militaire, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle en principe aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).
4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance militaire au-delà du 1<sup>er</sup> août 2018, singulièrement sur le lien de causalité entre les troubles lombaires présentés par le recourant dès cette date et l'incident survenu pendant son école de recrue en 2016.
5. a. À teneur de l'art. 5 LAM, l'assurance militaire couvre toute affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée de toute autre façon pendant le service (al. 1). Elle n'est pas responsable lorsqu'elle apporte la preuve que l'affection est, avec certitude, antérieure au service, ou qu'elle ne peut pas, avec certitude, avoir été causée pendant ce dernier (al. 2 let. a) et que cette affection n'a pas, avec certitude, été aggravée ni accélérée dans son cours pendant le service (al. 2 let. b). Si l'assurance militaire apporte la preuve exigée à l'al. 2 let. a, mais non pas celle exigée à l'al. 2 let. b, elle répond de l'aggravation de l'affection (art. 5 al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase, LAM).

Aux termes de l'art. 6 LAM, si l'affection est constatée seulement après le service par un médecin, un dentiste ou un chiropraticien et est annoncée ensuite à l'assurance militaire, ou si des séquelles tardives ou une rechute sont invoquées, l'assurance militaire en répond seulement s'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'affection a été causée ou aggravée pendant le service ou seulement s'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il s'agit de séquelles tardives ou de rechute d'une affection assurée.

- b. Conformément à l'art. 64 LAM, les prestations de l'assurance militaire sont réduites de manière appropriée si l'atteinte à la santé de l'assuré n'est que partiellement due aux effets du service.

6. a. Selon la jurisprudence, la responsabilité de l'assurance militaire pour une affection qui se manifeste et qui est annoncée ou constatée pendant le service est

fondée sur le principe dit de la « contemporanéité », en ce sens que la loi pose la présomption que le dommage a été causé par une influence due au service militaire. Il s'agit non seulement d'une présomption de fait, mais également d'une présomption juridique. La preuve de la certitude que doit apporter l'assurance militaire pour renverser cette présomption ne doit cependant pas être comprise dans un sens théorique et scientifique, mais dans son acception empirique. Elle est réputée acquise lorsqu'il est établi, selon l'expérience médicale, qu'une influence de facteurs liés au service est pratiquement exclue (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_283/2007 du 7 mars 2008 consid. 4.1 et les références).

La responsabilité pour les affections constatées et annoncées après le service est régie par le principe de causalité (Jürg MAESCHI, Kommentar zum Bundesgesetz über die Militärversicherung [MVG], Berne 2000, n. 8 ad art. 6). Lorsque le droit éventuel à des prestations de l'assurance militaire doit être tranché à l'aune de l'art. 6 LAM, il appartient à la partie qui demande des prestations d'établir l'existence d'une relation de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante, c'est-à-dire conformément à la règle de preuve généralement appliquée en matière d'assurances sociales, faute de quoi elle risque de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 123 V 137 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 6).

b. La différence entre les conditions de la responsabilité selon l'art. 5 et l'art. 6 LAM réside notamment dans le fait que, dans le premier cas, un lien de causalité adéquate entre l'affection et les influences subies pendant le service est présumé, cette présomption ne pouvant être écartée que par la preuve certaine de l'absence d'un tel lien, alors que dans le second cas, l'existence de conséquences d'influences subies pendant le service doit être établie avec un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 123 V 137 consid. 3a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3).

Pour déterminer quelle règle de preuve s'applique dans un cas concret, il faut au préalable trancher la question de savoir si l'affection s'est manifestée et a été annoncée ou constatée de toute autre façon pendant le service ou si – au contraire – elle a été constatée seulement après le service par un médecin, un dentiste ou un chiropraticien et est annoncée ensuite à l'assurance militaire. Cette question n'est pas régie par les exigences de preuve accrues de l'art. 5 LAM, mais par la règle de preuve de la vraisemblance prépondérante appliquée généralement en matière d'assurances sociales (ATF 105 V 225 consid. 3a).

Une affection (respectivement l'aggravation d'une affection antérieure au service) s'est manifestée au sens de l'art. 5 LAM, lorsque des douleurs ou symptômes quelconques ont déjà été annoncés ou constatés, qui sont vraisemblablement liés à l'affection invoquée, à savoir qui doivent appartenir selon l'expérience médicale au complexe symptomatique de l'atteinte à la santé pour laquelle des prestations sont réclamées. Il n'est pas nécessaire, pour que les conditions de la responsabilité selon l'art. 5 LAM s'appliquent, qu'un diagnostic - et encore moins le diagnostic exact -

---

ait été posé déjà pendant le service (ATF 111 V 370 consid 1b ; ATF 105 V 225 consid 3a ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 5.2).

La preuve de l'antériorité au service peut être rapportée de manière concrète, quand l'atteinte à la santé existait déjà avant celui-ci. Une simple prédisposition malade ne suffit toutefois pas à établir l'antériorité. L'atteinte à la santé doit s'être manifestée sous une forme ou une autre (douleurs, symptômes) ou avoir été constatée médicalement. Il n'est pas nécessaire que la maladie ait justifié un traitement ou entraîné une incapacité de travail. Au lieu de la preuve concrète, l'assurance militaire est fondée à apporter la preuve abstraite que l'affection ne peut, avec certitude, avoir été causée pendant le service (art. 5 al. 2 let. a, 2<sup>ème</sup> membre de la phrase). Cette éventualité vise principalement des affections héréditaires ou congénitales qui ne peuvent par définition avoir été causées par des influences dues au service. La preuve abstraite au sens de cette disposition revêt aussi une importance pratique lorsque, pour une raison ou une autre, on ne dispose pas de données médicales pour la période antérieure au service. Dans une telle situation, la preuve requise peut être rapportée par les enseignements tirés de l'expérience médicale (p. ex. la période d'incubation de maladies infectieuses ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_283/2007 du 7 mars 2008 consid. 4.2 et les références).

c. La responsabilité de l'assurance militaire dure jusqu'à la disparition des effets résultant des influences nocives du service militaire. En cas d'état malade antérieur, le lien de causalité entre les symptômes présentés par l'assuré et le service doit être nié lorsque l'état malade antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'entrée en service (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans les influences dues au service (statu quo sine). La preuve de l'élimination des influences dues au service incombe à l'assurance militaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_283/2007 du 7 mars 2008 consid. 5.2 et les références.).

S'il est probable que l'apparition et le développement de l'affection procèdent de plusieurs causes, cela n'est pas un motif d'extinction de la responsabilité de l'assurance. Celle-ci répond également lorsque l'affection n'est due qu'en partie aux influences dues au service. Il peut s'agir, en revanche, d'un facteur de réduction des prestations en vertu de l'art. 64 LAM. Une telle réduction est justifiée quand le dommage est attribuable à plusieurs causes concurrentes, dont une au moins est étrangère au service. C'est à l'assurance militaire qu'il appartient d'établir dans quelle proportion l'atteinte à la santé n'est certainement pas ou plus dans un rapport de causalité adéquate avec les influences subies au service. La réduction des prestations doit procéder d'une juste proportion entre la totalité du dommage et la part de celui-ci dont l'assurance militaire n'aura pas à répondre. Pour ce faire, il s'agira notamment de déterminer quelle était l'affection antérieure au service, l'état de son développement lors de l'entrée en service, son caractère plus ou moins irréversible, son évolution à défaut de service militaire, la durée du service militaire, l'importance de l'aggravation survenue pendant celui-ci et en raison de celui-ci. On tiendra compte également de la situation personnelle et économique de

l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_283/2007 du 7 mars 2008 consid. 6 et les références).

7. À propos de l'art. 5 al. 2 LAM, la doctrine expose notamment ce qui suit. La preuve libératoire prévue par cette disposition dépend d'éléments d'ordre médical qui ne peuvent pas faire l'objet d'une preuve stricte de nature scientifique. C'est pourquoi la certitude au sens de l'article 5 LAM ne peut pas être absolue mais est relative. Elle implique toutefois davantage que la grande vraisemblance et doit être comprise comme un degré de probabilité confinant à la certitude, comme en procédure civile, lorsque la certitude absolue ne peut pas être établie. Selon la jurisprudence, il s'agit d'une certitude empirique, fondée sur l'expérience médicale, dont la preuve doit être rapportée en tenant compte des particularités du cas. Cette preuve est source de difficultés notamment lorsqu'il s'agit de vérifier si l'aggravation assurée a disparu car il est extrêmement difficile, voire impossible, de préciser avec le degré de certitude exigé quelle aurait été l'évolution de la maladie sans le service. L'art. 5 al. 2 LAM vise non seulement l'aggravation, mais aussi l'accélération d'une affection antérieure au service, laquelle peut être considérée comme une forme d'aggravation. Si l'aggravation est durable (ou qu'elle a pour effet d'accélérer une atteinte évolutive), l'assurance militaire en répond pendant une durée indéterminée, alors que si elle est passagère, la responsabilité peut être limitée dans le temps. La condition pour une limitation de la responsabilité dans le temps est que l'aggravation a disparu avec certitude. L'aggravation est réputée supprimée si l'assuré a atteint le statu quo ante (état dans lequel il se trouvait avant le service) ou le statu quo sine (état dans lequel il se trouverait s'il n'avait pas subi les atteintes survenues pendant le service). Il se peut que, selon la nature de l'atteinte à la santé et son évolution, le statu quo ante ne puisse plus être atteint, de sorte que la seule question qui se pose alors est celle du statu quo sine. Dans le cas de la responsabilité pour une accélération d'une atteinte à la santé, la seule question est celle du statu quo sine, à moins qu'il s'agisse de l'aggravation d'une atteinte évolutive, dans laquelle même le statu quo sine ne peut plus être atteint et où subsiste une responsabilité durable. La question du statu quo sine est problématique, car elle concerne un état de fait hypothétique impliquant des supputations quant à savoir comment l'atteinte à la santé aurait évolué sans le service. Il n'y a en principe pas de place pour de telles supputations puisque la loi exige, dans le cadre de la preuve libératoire, une certitude dans le sens susmentionné. C'est pourquoi une limitation dans le temps de la responsabilité en cas d'aggravation, fondée sur la réalisation du statu quo sine, ne peut être retenue qu'exceptionnellement, savoir lorsqu'il est possible de déterminer clairement en fonction de l'ensemble des circonstances, comment l'atteinte à la santé aurait évolué sans le service. D'après la jurisprudence, la question de savoir si le statu quo ante ou le statu quo sine a été atteint doit être tranchée en tenant compte également du critère du besoin de traitement et de l'incapacité de travail. Aussi longtemps que le traitement nécessité par l'aggravation n'est pas terminé et que la capacité de travail ou de gain n'a pas été rétablie dans une mesure correspondant à la situation

---

précédant le service, on ne saurait considérer que l'aggravation a certainement disparu (Jürg MAESCHI, op. cit. ad art. 5, p. 84 ch. 21 ss, 39 ss ; arrêt du Tribunal administratif du Canton de Neuchâtel du 4 avril 2007, in RJN 2007 p. 266).

Dans le cadre de l'art. 5 LAM, l'assurance militaire supporte non seulement les conséquences d'une éventuelle absence de preuve (fardeau objectif de la preuve), mais c'est aussi elle qui a la charge de la preuve (fardeau subjectif de la preuve [cf. Jürg MAESCHI, op. cit., n. 37 ad. art. 5-7]).

8. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

b. 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 LPG), 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. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant

---

donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

9. À l'exception des cas d'application de l'art. 5 LAM, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 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 319 consid. 5a).
10. En l'espèce, il sied de déterminer, en premier lieu, la règle de preuve applicable.
11. a. Il ressort des faits de la cause que le recourant s'est présenté au médecin de troupe au début du mois de juillet 2016, quelques jours après la reprise de son école de recrue, en raison d'une dorso-lombalgie apparue à l'effort. Un traitement conservateur a été décidé, puis une radiographie de la colonne lombaire, réalisée le 26 juillet 2016, a mis en exergue une discopathie modérée en L5-S1 sans atteinte osseuse décelable. Un traitement de physiothérapie a été prescrit au recourant pour une durée de trois semaines. L'intéressé a poursuivi ses obligations militaires et consulté à nouveau le médecin de troupe au mois de septembre 2016, en raison de l'exacerbation des douleurs suite à une marche de 20 km durant laquelle il avait porté l'intégralité de son paquetage. Il a indiqué qu'il avait le bas du dos « en feu » et ne parvenait plus à se baisser. Le médecin de caserne a constaté des contractures et retenu une aptitude au service, avec des restrictions visant à épargner le rachis, ce qui a motivé un changement d'affectation.

Après la fin du service intervenue le 4 novembre 2016, la symptomatologie douloureuse a persisté et le recourant a consulté son médecin traitant le 16 novembre 2016, puis de nombreux spécialistes, dont deux rhumatologues (le Dr D\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> décembre 2016 et le Dr G\_\_\_\_\_ dès le mois de juin 2017), une anesthésiologue (la Dresse N\_\_\_\_\_ dès janvier 2018), une psychiatre (la Dresse O\_\_\_\_\_ en avril et mai 2018), un spécialiste en médecine physique et réadaptation (le Dr H\_\_\_\_\_ à partir du mois de mai 2018), un neurologue (le Dr I\_\_\_\_\_ en juin 2018), et un spécialiste de la douleur (le Dr P\_\_\_\_\_ à partir du 9 octobre 2018). Tous ces médecins ont relaté l'existence de douleurs dorsales apparues durant l'école de recrue, qui avaient persisté de façon continue depuis lors, et de nombreux traitements ont été prescrits au recourant.

---

b. Étant donné que les lombalgies se sont manifestées et ont été annoncées pendant le service, ce qui n'est au demeurant pas contesté par l'intimée, la responsabilité de cette dernière est régie par l'art. 5 LAM.

Le dommage est donc présumé avoir été causé par l'influence du service militaire.

12. Il convient donc à présent d'examiner si l'intimée a renversé la présomption légale en apportant la preuve certaine, d'une part, que l'affection est antérieure au service ou qu'elle ne peut pas avoir été causée, avec certitude, pendant ce dernier et, d'autre part, que cette affection n'a pas, avec certitude, été aggravée ni accélérée pendant le service.

En cas d'aggravation passagère, il lui revient de prouver l'élimination des influences dues au service.

13. a. Dans son premier avis du 30 mai 2017, le Dr F\_\_\_\_\_ ne s'est prononcé sur aucune de ces questions. Il a uniquement indiqué qu'il ne pouvait pas expliquer le status algique du recourant et a surtout discuté « l'impression laissée » par l'intéressé, soit celle d'un jeune homme très musclé.

Ce document n'est donc d'aucune utilité pour l'issue du litige.

La chambre de céans relèvera tout de même que le médecin d'arrondissement a douté de la véracité des limitations rapportées, relevant que les handicaps décrits contrastaient avec l'allure sportive du recourant qui ne montrait aucune fonte musculaire. Cette affirmation est cependant mise à mal par les pièces du dossier qui attestent d'une importante perte de poids puisque le recourant, qui pratiquait intensivement la musculation avant ses problèmes dorsaux, faisait 76 kg lors de son recrutement en février 2016 (cf. livret de service) et 73 kg en décembre 2016 (cf. rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juin 2017). La perte de poids s'est poursuivie jusqu'à 70 kg en juin 2018 (cf. rapport du I\_\_\_\_\_ du 4 juin 2018). Ainsi, malgré son allure encore très musclée, il ne fait aucun doute que le recourant a perdu une importante masse musculaire, ce qui vient conforter ses déclarations.

b. Dans son deuxième rapport du 22 juin 2018, le médecin d'arrondissement a estimé qu'il n'existait aucune raison somatique permettant d'expliquer les douleurs relatées et qu'aucune affection n'avait été mise en évidence en dépit des « larges investigations ». Selon lui, la discopathie constatée à l'IRM de 2016 s'insérait dans « l'évolution naturelle » des disques intervertébraux, était une « affection banale » et avait commencé bien avant l'école de recrue. Il a noté que l'incapacité de travail était due « au degré de la vraisemblance prépondérante » à des facteurs inorganiques et qu'on « pouvait estimer » que les effets délétères de l'école de recrue sur la colonne lombaire « sans anomalie invalidante », étaient définitivement éliminés après deux ans.

La chambre de céans observera d'emblée que le médecin-conseil a livré ses conclusions sur la capacité de travail sous l'angle de la « vraisemblance prépondérante », de sorte qu'il ne s'est pas prononcé conformément à la règle de

preuve applicable. En outre, son avis quant à « l'évolution naturelle » des disques intervertébraux et le début des atteintes est dépourvu de toute motivation et ne permet en aucun cas de tenir pour certaine une antériorité des troubles. Enfin, le Dr F\_\_\_\_\_ ne s'est pas du tout déterminé sur une aggravation des prétendues discopathies préexistantes ou sur leur accélération. Son « estimation » quant au statu quo ne répond donc pas non plus aux exigences de preuve.

De surcroît, il est rappelé que les examens d'imagerie alors réalisés comprenaient, outre la radiographie lombaire de juillet 2016 et l'IRM lombaire de décembre 2016, deux autres examens qui se sont révélés dans les limites de la norme. D'une part, une IRM des articulations sacro-iliaques de février 2017, dont le but était d'écarter le diagnostic de sacro-illite et une éventuelle spondylarthrite ankylosante évoquée par certains médecins. D'autre part, une radiographie « de posture globale », effectuée en avril 2018, au moyen d'un appareil EOS, lequel permet la visualisation en 3D des zones de lésions et des troubles posturaux afin de préciser le diagnostic des pathologies du squelette (scolioses, arthroses, ostéoporose, etc.) (<https://www.lasource.ch/clinique-de-la-source/actualites/eos-un-appareil-revolutionnaire>). Cette radiographie visait donc à exclure une potentielle déformation rachidienne, et non pas à vérifier l'état des troubles révélés en 2016. Ces deux examens, de février 2017 et avril 2018, ne sont donc pas équivalents à ceux réalisés en 2016. Faute de constatations récentes permettant de comparer et d'évaluer la progression des atteintes révélées lors de la radiographie de juillet 2016 et de l'IRM de décembre 2016, on ne saurait parler de « larges investigations ». Le médecin-conseil ne pouvait pas conclure, sur la base d'une seule radiographie lombaire et d'une seule IRM lombaire, datant respectivement de deux ans et une année et demi, que la symptomatologie douloureuse n'avait pas de cause somatique. De surcroît, en l'absence d'examens comparatifs, il paraît hasardeux de retenir une « évolution naturelle » des disques intervertébraux.

c. Le Dr F\_\_\_\_\_ a rendu un dernier avis le 2 octobre 2019, par lequel il a maintenu ses précédentes appréciations, faisant valoir que les médecins traitants du recourant ne s'étaient pas prononcés sur le rapport de causalité entre les lombalgies et les activités militaires.

Contrairement à ce que semble penser le médecin-conseil, c'est l'assurance militaire qui a la charge de la preuve et qui doit supporter les conséquences d'une absence de preuve.

Pour le surplus, le Dr F\_\_\_\_\_ ne s'est pas déterminé sur les atteintes signalées par le Dr P\_\_\_\_\_ qui étaient, selon ce dernier, responsables de la symptomatologie de lombosciatalgie droite (cf. rapport du 20 décembre 2018). Il n'a en outre pas disposé du rapport d'IRM du 29 octobre 2018, examen qui a révélé une discopathie circonférentielle D6-D7 avec une dessiccation discale et une dessiccation discale L4-L5 connue avec une déchirure large de l'anneau discal fibreux et une protrusion discale en discrète péjoration et médiane, restant sous-ligamentaire, venant au contact des deux racines L5 sans signe de souffrance.

d. Partant, force est de constater que les différents rapports du Dr F\_\_\_\_\_ ne prouvent en aucun cas avec certitude que l'affection du recourant serait antérieure au service ou qu'elle ne pourrait pas avoir été causée pendant l'école de recrue.

Et ils n'établissent pas non plus que les effets délétères des troubles apparus durant l'école de recrue auraient cessé avec certitude deux ans après la fin des obligations militaires.

14. a. Quant au rapport de la CRR du 14 juin 2018, les médecins ne se sont pas prononcés du tout sur une éventuelle antériorité des affections survenues et annoncées pendant le service, ni sur le lien de causalité entre les troubles et l'école de recrue, ni encore sur une aggravation passagère des troubles et un éventuel retour au statu quo.

b. Pour le surplus, les mêmes griefs peuvent être formulés à l'encontre des conclusions de la CRR, selon lesquelles le pronostic était lié à des facteurs personnels et contextuels faute d'explication médicale aux plaintes relatées. En effet, l'argumentation des médecins de la CRR est essentiellement basée sur deux éléments.

Tout d'abord, sur l'absence d'anomalie significative ou de lésion anatomique susceptible d'expliquer les lombalgies communes d'une telle intensité. Or, comme relevé précédemment, le dossier ne comportait à cette époque qu'une seule radiographie lombaire et une seule IRM lombaire, toutes deux pratiquées en 2016. Les autres investigations, en particulier l'IRM sacro-iliaque du 15 février 2017 et la radiographie EOS du 10 avril 2018, visaient à écarter des pathologies précises, soit une spondyloarthrite et des troubles posturaux. Si les médecins de la CRR avaient procédé aux examens complémentaires qui semblaient pourtant s'imposer, ils auraient pu constater les troubles révélés par l'IRM dorsale et lombo-sacrée réalisée le 29 octobre 2018, en particulier des dessiccations discales D6-D7 et L4-L5, avec à cet étage une déchirure large de l'anneau discal fibreux et une protrusion discale en discrète péjoration.

D'autre part, à l'instar du Dr F\_\_\_\_\_, les médecins de la CRR ont douté des déclarations du recourant et n'ont pas suffisamment pris en considération ses doléances. Ils ont notamment souligné les plaintes « extrêmement marquées » qui paraissaient disproportionnées, « l'extrême démonstrativité » du recourant qui avait notamment refusé de s'asseoir pour privilégier la position debout, les résultats aux différents tests qui remettaient en question la collaboration de l'intéressé. La chambre de céans relèvera que le recourant a préféré adopter la position debout durant l'anamnèse du Dr I\_\_\_\_\_ également, alors qu'il n'avait aucun bénéfice à tirer d'une éventuelle exagération des plaintes devant ce neurologue, et que ce refus peut aussi s'expliquer par la pudendalgie, affection qui a été retenue par le Dr P\_\_\_\_\_ dès sa première consultation (cf. rapport du 9 octobre 2018).

c. La chambre de céans constate donc que le rapport de la CRR ne permet de tirer aucune conclusion, au degré de la certitude requis, quant à l'antériorité des troubles et quant à leur lien de causalité avec l'école de recrue.

Il ne permet pas non plus de conforter l'appréciation du Dr F\_\_\_\_\_ quant au statu quo sine vel ante fixé à deux ans de la fin de l'école de recrue.

15. L'intimée n'a donc pas apporté la preuve libératoire et elle ne pouvait pas, sur la base des pièces en sa possession, mettre fin à ses prestations au 1<sup>er</sup> août 2018.

Sa responsabilité demeure engagée jusqu'à la disparition des effets résultant des influences dues au service militaire, dont la preuve lui incombe.

16. L'absence de preuves suffisantes conduit à trancher en défaveur de l'intimée et il n'y a pas lieu de procéder à une instruction complémentaire.

17. Par conséquent, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée.

18. Le recourant obtenant gain de cause, il a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA et art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Une indemnité de CHF 2'000.- lui sera allouée, à charge de l'intimée.

19. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet et annule la décision sur opposition du 12 novembre 2019.
3. Alloue une indemnité de CHF 2'000.- au recourant, à la charge de l'intimée.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

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