

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 24 août 2015

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mmes Thalmann et Röthenbacher, juges
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

O. _____, à [...], recourant,

et

W. _____, à [...], intimée.

Art. 44 LPGA; art. 6 al. 1 LAA; art. 11 OLAA

E n f a i t :

A. **a)** O. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait depuis le 1^{er} septembre 2005 auprès de l'entreprise [...] à [...]. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de W. _____ (ci-après : W. _____ ou l'intimée).

Par déclaration de sinistre LAA du 12 mars 2010, l'employeur a indiqué que lors d'une sortie annuelle à ski de la société le 5 mars 2010, son employé avait chuté sur une couche de glace à l'arrivée à la station. L'employeur a signalé s'agissant du genre de l'atteinte des coups au niveau de la hanche droite et du dos (droite et gauche). Il a enfin indiqué que l'assuré n'avait pas présenté d'incapacité de travail, mais qu'il avait dû consulter un chiropraticien.

Une radiographie de la colonne dorsale face/profil pratiquée le 8 avril 2010 par le Z. _____ (ci-après : le Z. _____) n'a mis en évidence aucune lésion traumatique démontrable, mais de légers troubles de la statique dorso-lombaire.

Par courrier du 10 mai 2010 au Dr C. _____, chiropraticien, W. _____ a indiqué qu'elle prenait en charge les frais du traitement médical de l'assuré et l'invitait à répondre au questionnaire annexé.

Dans un certificat médical initial en cas d'accident complété le 20 mai 2010, le Dr C. _____ a relevé que le traitement médical avait débuté le 11 mars 2010 à la suite d'une chute à ski et que l'assuré avait mentionné un choc sur le dos et le bassin. Le Dr C. _____ a posé les diagnostics de contusions dorsales et pelviennes, d'hématomes et d'une possible entorse costo-vertébrale avec dysfonctions dorsales et lombosacrées. Le traitement allait se poursuivre jusqu'à la fin juin 2010 pour stabilisation.

Par courrier du 11 août 2010, W._____ a relevé que l'assuré avait bénéficié d'un traitement chiropratique du 11 mars au 3 mai 2010.

b) Par déclaration de sinistre LAA pour chômeurs complétée le 27 février 2012, l'assuré, au chômage depuis juin 2011, a annoncé une rechute de l'accident du 5 mars 2010 en mentionnant une atteinte au dos. L'assuré a en outre annexé un rapport du 9 février 2012 au Dr S._____ du Q._____ (ci-après : le Q._____) faisant suite à une imagerie par résonance magnétique (IRM) dorsale et lombaire pratiquée le 8 février 2012 par le Z._____, lequel a retenu les éléments suivants :

« Il n'est pas observé de lésion osseuse focale suspecte. En revanche on observe des impressions nucléaires intraspongieuses dorsales, des signes d'involution graisseuse somatique dorsale et lombaire. De plus il existe des débords disco-annulaires étagés au niveau lombaire susceptibles de contraindre les racines L5 et L4 gauches dans les espaces préforaminaux. A l'étage dorsal, on retient la contrainte possible de la racine D11 gauche dans le foramen en regard d'une hypertrophie articulaire postérieure ».

Dans un certificat médical du 31 mai 2012 à W._____, la Dresse H._____, spécialiste en médecine interne générale au Q._____, a posé le diagnostic de « *contusion lombaire en 2010 (chute à ski), lombalgies chroniques* ». Elle a évoqué la persistance de lombalgies et a préconisé un traitement local avec anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) et physiothérapie. Elle a enfin précisé que le traitement avait duré du 31 janvier au 13 février 2012.

Au vu de ces éléments, W._____ a soumis le cas de l'assuré au Dr M._____, médecin-conseil, lequel a estimé que l'examen IRM ne montrait aucune lésion traumatique (cf. courrier du 8 juin 2012 de W._____ à l'assuré).

Par décision du 11 juillet 2012, W._____ a refusé la prise en charge du traitement suivi dès le mois de janvier 2012, estimant que sa responsabilité d'assureur LAA n'était pas engagée. Ainsi, tant la radiographie effectuée le 8 avril 2010 que l'IRM du 8 février 2012 ne montraient aucune lésion traumatique. Par ailleurs, une année s'était

écoulée entre l'accident du 5 mars 2010 et le traitement de janvier 2012. Le Dr M. _____ avait en outre confirmé que la relation de causalité avec l'accident précité était seulement possible.

Dans son opposition du 29 août 2012, l'assuré s'est dit surpris de recevoir une décision pendant ses vacances. Il a allégué ne pas avoir compris cette décision « forcée », dans la mesure où il a consulté à plusieurs reprises le Dr S. _____ lequel lui a indiqué que « *c'est dû à cause de l'accident du 12.03.2010* ». Il a ainsi reproché à W. _____ d'avoir fait pression sur le Q. _____ pour changer cette décision et modifier le rapport par la Dresse H. _____ qu'il ne connaît pas et qu'il n'a jamais vue.

Il ressort d'un procès-verbal d'entretien du 9 novembre 2012 (dont une traduction figure dans un courrier du 26 novembre 2012 de W. _____ à l'assuré) entre une collaboratrice de W. _____ et le Dr G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, spécialisé dans la chirurgie de la colonne vertébrale, que ce dernier a conclu que l'examen des images IRM, ainsi que le déroulement des douleurs faisaient penser à une lésion structurelle de la colonne dorsale et lombaire suite à une chute à ski, actuellement guérie. Il a dès lors admis comme suite de la chute une lésion osseuse guérie de la colonne dorsale. Il a précisé que les vertèbres fracturées réduites dans la hauteur de la colonne dorsale causaient un changement dans la statique de la colonne vertébrale et que la déformation cyphotique de 10° avec les douleurs constantes justifiait l'admission d'une atteinte à l'intégrité de 10% suite à l'accident.

Par courrier 26 novembre 2012, W. _____ a informé l'assuré qu'il lui proposait d'admettre sur la base de l'appréciation du Dr G. _____ la prise en charge des frais de traitement pour la rechute à partir de janvier 2012 jusqu'à fin novembre 2012 (l'état définitif étant atteint le 9 novembre 2012 selon le Dr G. _____), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% ascendant à 12'600 francs. En cas de refus de l'assuré de la proposition précitée, W. _____ l'informait qu'elle mettrait

en œuvre une expertise médicale indépendante et qu'elle allait procéder à une nouvelle évaluation de la situation en tenant compte des divers rapports médicaux au dossier, avant de rendre une décision sur opposition.

Par courrier du 20 décembre 2012, l'assuré a rejeté les propositions de W._____. Il a soutenu que les douleurs n'avaient jamais cessé depuis l'accident et que la situation s'était au contraire aggravée au niveau des douleurs, de la mobilité et de l'affaissement du dos, éléments qui l'incitaient à penser que l'accident avait été très grave. Il a ajouté qu'il n'était pas en mesure d'exercer un emploi avec des contraintes physiques, ni une activité sportive ou physique. Il critiquait enfin le taux retenu concernant l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité.

Faisant suite au choix de l'assuré du Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, W._____ a mandaté le 14 mai 2013 ce praticien pour la réalisation d'une expertise en lui soumettant une série de questions.

Dans un rapport du 3 septembre 2013 faisant suite à un examen clinique du même jour de l'assuré, le Dr P._____ a posé les diagnostics de status plus de 3 ans après la contusion dorso-lombaire, de discopathies dorsales moyennes et lombaires étagées, en partie dans le cadre d'une très probable maladie de Scheuermann, de troubles statiques mineurs du rachis dorso-lombaire (attitude scoliotique) et de probable coxarthrose bilatérale débutante. L'assuré a détaillé les circonstances de l'accident de 2010 : à 150 mètres avant l'arrivée, après une bosse, ses skis sont partis en avant, lui-même chutant en arrière, sur le dos. Il a immédiatement ressenti des douleurs rachidiennes marquées (dorso-lombaires). Il est resté couché dix à quinze minutes, puis a été aidé pour se relever par l'un de ses collègues qui l'a ramené à son domicile. Dans le cadre de l'appréciation du cas, le Dr P._____ a notamment exposé ce qui suit :

« [...]»

La question de la relation de causalité naturelle entre, l'événement survenu le 5 mars 2010 et, les troubles objectivés sur le rachis dorso-lombaire, troubles responsables d'un traitement de longue durée, est posée.

On rappelle que ce patient souffre de dorso-lombalgies chroniques, ayant déjà fait l'objet d'un traitement fonctionnel ou manuel. En 2008, on a même été amené à réaliser des radiographies, qui ont révélé un début de discopathies lombaires, ainsi qu'un trouble statique discret (attitude scoliotique). Constatation aussi d'une probable hernie intra-spongieuse du plateau supérieur de L2.

L'événement du 5 mars 2010 semble avoir exacerbé les doléances, la symptomatologie étant durable pour le segment rachidien dorsal, alors qu'elle fut passagère pour le segment lombaire.

Les radiographies du moment furent à peu de choses près comparables à celles réalisées en 2008, pour le segment dorsal. Tout au plus a-t-on objectivé un début de spondylose antérieure, caractérisée par une ébauche ostéophytaire, en miroir, de l'étage D8-9. Il s'agit d'une problématique dégénérative assez banale, puisqu'elle touche une très large tranche de la population, débutant généralement durant la 4^{ème} ou la 5^{ème} décennie. Elle est la conséquence d'une constellation biomécanique particulière, avec accentuation des micro-traumatismes sur l'axe rachidien, en même temps qu'un début de déshydratation discale, suivie de microfissures discales et d'une perte de l'élasticité, rentrant finalement dans le cadre plus général des discopathies.

Chez Mr O. _____, ces troubles s'aggravent progressivement dans le temps (cf. évolution radiologique standard depuis 2008), montrant finalement une évolution naturelle.

En revanche, le bilan radiologique de 2010 n'a pas montré de lésion osseuse récente, dans le sens d'une fracture vertébrale avec déformation.

L'IRM dorso-lombaire, réalisée 11 mois après le traumatisme, parle quant à elle d'une cunéiformisation de la vertèbre D6 et de lésions herniaires intra spongieuses des plateaux supérieurs des étages D7-8-9, lésions similaires à celle qui touche L2.

Ces lésions herniaires n'ont rien d'exceptionnel. On les constate assez fréquemment dans la consultation orthopédique courante. Elles sont le résultat de micro-traumatismes subis durant l'adolescence, ou d'aléas de croissance, avec passage de matériel discal dans des sites de faiblesse du plateau vertébral (défaut d'ossification, chenal vasculaire, ou éventuellement un résidu de la notochorde). Elles sont aussi connues sous la dénomination de nodules de Schmorl, eux-mêmes rentrant dans le cadre de la maladie de Scheuermann.

Une origine traumatique unique d'une telle hernie est rarissime. Elle s'associe en réalité à une véritable fracture-enfoncement central d'une vertèbre, ayant une clinique et des conséquences radiologiques [qui] diffèrent significativement du tableau présenté par Mr O. _____.

Une origine traumatique unique d'une *série* de hernies intra-spongieuses relève du fait exceptionnel, s'inscrivant usuellement dans un contexte de fragilité osseuse (ostéoporose sévère), qui ne semble pas prévaloir chez ce patient.

En conclusion, Mr O._____ présente des troubles dégénératifs, voire constitutionnels, de son rachis dorso-lombaire, symptomatiques en tout cas depuis 2008, montrant par ailleurs, pour certains, une tendance naturelle à l'aggravation progressive.

Nous n'avons pas d'éléments concrets suggérant que l'événement survenu le 5 mars 2010 a sensiblement modifié l'état de ce rachis, par l'intermédiaire d'une fracture, d'une luxation, voire d'une désorganisation des parties molles péri-vertébrales.

En d'autres termes, la *relation de causalité naturelle* entre, l'événement du 5 mars 2010 et, les troubles rachidiens constatés, semble *très hautement improbable*, les troubles en question rentrant en réalité (avec une très haute vraisemblance) dans le cadre de troubles dégénératifs/constitutionnels.

REPONSE AUX QUESTIONS

[...].

4. Lien de causalité...l'accident du 5 mars 2010 est-il une cause des atteintes actuelles...status quo ante/sine...?:

La relation de causalité naturelle entre, l'événement du 5 mars 2010 et, les troubles rachidiens constatés, semblent très hautement improbable, les troubles en question rentrant en réalité (avec une très haute vraisemblance) dans le cadre de troubles dégénératifs/constitutionnels.

Une contusion dorso-lombaire, similaire à celle qui émane de l'événement qui nous concerne, cesse généralement de déployer ses effets après un délai de quelques semaines, au maximum après 2 mois. Une extension de ce délai (sur 1-2 mois supplémentaires) est admissible en cas de troubles dégénératifs sous-jacents, susceptibles d'être responsables d'une fragilité tissulaire exagérée et partant, d'un rétablissement plus lent.

En d'autres termes, pour la seule contusion rachidienne subie le 5 mars 2010, le délai d'atteinte du status quo ante/sine ne devait pas dépasser le mois de juillet 2010. Au-delà, il faut considérer que le cursus du rachis de Mr O._____ fut régi par le potentiel évolutif de ces troubles préexistants, avec une clinique actuelle qui peut sans autre rendre compte de ces troubles.

5. L'assuré subit-il, en raison des seules suites de l'accident du 5 mars 2010, une atteinte durable de son intégrité physique...?:

Non. En l'absence d'une lésion anatomique significative, clairement imputable à l'événement qui nous concerne, et susceptible de générer des troubles fonctionnels significatifs et durables, aucune indemnisation y relative n'est due ».

Par courrier du 5 octobre 2013, l'assuré a contesté le rapport du Dr P._____, estimant qu'il avait subtilement détourné les faits afin de créer un scénario sur mesure et conclure à l'absence de lien de causalité. Il a ajouté qu'il souffrait tous les jours physiquement, mais que la teneur de ce rapport lui infligeait une douleur supplémentaire, à savoir psychologique.

Le 15 janvier 2014, W._____ a rejeté l'opposition formée par l'assuré et a confirmé sa décision du 11 juillet 2012. Se fondant sur le rapport d'expertise du Dr P._____, elle a retenu que l'événement de 2010 avait exacerbé les doléances de l'assuré, mais n'avait, en l'absence d'une lésion osseuse et du caractère des lésions herniaires, pas déployé d'effet au-delà de juillet 2010. Par conséquent, une relation de causalité naturelle entre l'événement du 5 mars 2010 et les troubles rachidiens constatés semblait hautement improbable, les troubles en question rentrant en réalité dans le cadre de troubles dégénératifs/constitutionnels. S'agissant de l'appréciation du Dr G._____ lequel avait notamment fait état de signes de résidus traumatiques guéris sans influence sur la statique, W._____ a relevé qu'il n'avait pas examiné l'assuré et qu'il n'avait pris position que sur pièces, précisant qu'elles n'étaient pas toutes à sa disposition. Dès lors, en l'absence de pièce au dossier concluant à l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et l'état actuel, W._____ a considéré que le rapport d'expertise du Dr P._____ était complet, motivé et convaincant.

B. Par acte du 11 février 2014, O._____ recourt contre la décision sur opposition du 15 janvier 2014 et conclut à sa réforme et implicitement à la prise en charge de son cas, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise. Il estime que les maux persistants dont il se plaint sont en relation de causalité avec l'événement du 5 mars 2010. Il expose que l'intimée s'est montrée partielle et indique avoir fait l'objet de pression pour accepter une transaction pécuniaire sous la forme d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.

Dans sa réponse du 17 mars 2014, l'intimée conclut au rejet du recours et s'oppose à la mise en œuvre d'une expertise, considérant que le rapport d'expertise du Dr P._____ est convaincant et qu'il remplit tous les critères jurisprudentiels.

Le recourant ne s'est pas déterminé plus avant.

Par courrier du 20 mai 2014, la juge instructeur a mandaté, d'entente entre les parties, le Dr R._____, spécialiste de la colonne vertébrale, pour la réalisation d'une expertise judiciaire, en lui soumettant un questionnaire, ainsi que celui complémentaire de W._____ du 5 mai 2014.

Dans un rapport du 3 décembre 2014 faisant suite à un examen neuro-orthopédique de l'assuré et des radiographies effectués également le 3 décembre 2014, le Dr R._____ a retenu les diagnostics de dorsalgies chroniques, de signes radiologiques d'une maladie de Scheuermann frustre et d'une maladie de DISH [Diffuse Idiopathic Skeletal Hyperostosis; hyperostose vertébrale engainante] débutante, ainsi que de troubles dégénératifs lombaires multiétagés. Il a retenu avec une haute vraisemblance que l'événement du 5 mars 2010 n'avait plus d'influence sur les troubles rachidiens du recourant en février 2012, précisant que l'influence de l'événement était probablement nulle au-delà de douze mois à partir de la date de l'accident.

Dans ses déterminations du 17 mars 2015, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 15 janvier 2014. Elle estime que l'expertise du Dr R._____ est complète et convaincante à tous points de vue et qu'elle remplit tous les critères de jurisprudence.

Dans son écriture du 15 avril 2015, le recourant estime qu'il convient d'interpeller l'expert sur plusieurs points précis et produit à cet effet des documents, lesquels doivent être qualifiés d'éléments nouveaux et probants, à savoir :

- un rapport du 31 mars 2015 relatif à des radiographies fonctionnelles latérales et en flexion-extension du rachis dorsal effectuées le 30 mars 2015 (cf. CD en annexe), lequel conclut à une spondylose dorsale sans instabilité costo-vertébrale gauche sur 4^e et 5^e arcs et propose une infiltration costo-vertébrale gauche sous guidage CT si utilité clinique,
- un rapport du 13 avril 2015 de T._____, physiothérapeute, lequel se réfère aux radiographies réalisées le 30 mars 2015 et conclut à la présence d'articulations costovertébrales gauche de D4 et D5 subluxées et toujours douloureuses,
- un certificat médical du 14 avril 2015 du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assuré, lequel expose notamment que son patient présente des douleurs dorsales aiguës en coup de couteau. Il fait également référence aux radiographies effectuées le 30 mars 2015.

Dans ses déterminations du 4 mai 2015, l'intimée conteste la prise de position du recourant, les radiographies du rachis dorsal établies le 30 mars 2015 soit après les deux expertises n'étant pas à même d'influer sur l'appréciation médicale faite.

Par courrier du 7 mai 2015, la juge instructeur informe le recourant que la cause paraît en l'état d'être jugée, sous réserve d'un avis contraire de la Cour, de sorte qu'elle ne pense pas ordonner une nouvelle mesure d'instruction.

Le 12 juin 2015, le recourant requiert une nouvelle fois que soient soumises à l'avis de l'expert les radiographies fonctionnelles réalisées le 30 mars 2015. Il ne prétend pas que l'avis de son physiothérapeute puisse se subroger à celui des experts, raison pour laquelle il a présenté cette requête. En outre, il critique les arguments développés par l'intimée dans ses déterminations du 4 mai 2015, estimant, d'une part, que la jurisprudence qu'elle cite notamment pour

écarter les radiographies précitées ne lui est pas applicable et expliquant les raisons l'ayant amené à procéder à ces examens postérieurement au rapport d'expertise, d'autre part.

Dans son écriture du 24 juin 2015, l'intimée confirme ses précédentes écritures.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

c) S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, la valeur litigieuse excède potentiellement 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge

unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]; art. 94 al. 1 let. a *a contrario* et al. 4 LPA-VD).

d) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Est litigieux le droit du recourant aux prestations de l'intimée à compter du 31 janvier 2012 (cf. certificat médical de la Dresse H. _____ du 31 mai 2012), suite à l'aggravation de la symptomatologie douloureuse dorsale qualifiée par l'intéressé de rechute de l'événement du 5 mars 2010.

Il s'agit ainsi de déterminer si cette problématique remplit les conditions mises à la reconnaissance d'une rechute ou de séquelles tardives au sens de l'art. 11 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), singulièrement si elle se trouve en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 5 mars 2010.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel et non professionnel (cf. art. 6 al. 1 LAA), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à

d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua none* 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'assureur ou, 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. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b). Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait 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*; TF 8C_638/2011 du 23 août 2012 consid. 3); le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 précité consid. 3.2; 129 V 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a). Ainsi, l'examen du rapport

de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335 consid. 4c).

c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (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. On parle en revanche 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. 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 293 consid. 2c et les références citées; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2; TF 8C_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3).

4. a) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration – ou le juge, s'il y a eu un recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du

médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références; TF 9C_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1).

En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été

établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2).

Le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de l'autorité compétente afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

5. a) En l'espèce, il est constant que le recourant a annoncé en février 2012 une rechute de l'événement du 5 mars 2010 en invoquant essentiellement des troubles rachidiens. Dans le cadre de l'instruction menée par W._____, le cas du recourant a été soumis à l'examen du Dr M._____ qui s'est limité à signaler que l'examen IRM ne montrait aucune lésion traumatique. Par la suite, W._____ a sollicité l'avis du Dr G._____, spécialiste en chirurgie de la colonne vertébrale, lequel a conclu à une lésion structurelle de la colonne dorsale et lombaire suite à une chute à ski, actuellement guérie. Il a précisé que les vertèbres fracturées réduites dans la hauteur de la colonne dorsale causaient un changement dans la statique de la colonne vertébrale et que la déformation cyphotique de 10° avec les douleurs constantes justifiait l'admission d'une atteinte à l'intégrité de 10% suite à l'accident. Finalement, l'intimée a mandaté le Dr P._____ pour la réalisation d'une expertise. L'expert a posé les diagnostics de status plus de 3 ans après la contusion dorso-lombaire, de discopathies dorsales moyennes et lombaires étagées, en partie dans le cadre d'une très probable maladie de

Scheuermann, de troubles statiques mineurs du rachis dorso-lombaire (attitude scoliotique) et de probable coxarthrose bilatérale débutante. Il a estimé que la relation de causalité naturelle entre, l'événement du 5 mars 2010 et, les troubles rachidiens constatés, semblait très hautement improbable, les troubles en question rentrant en réalité (avec une très haute vraisemblance) dans le cadre de troubles dégénératifs/constitutionnels.

b) Le Dr P._____ n'étant pas un spécialiste de la colonne vertébrale et n'ayant pas discuté des éléments avancés par le Dr G._____, une expertise judiciaire a été confiée au Dr R._____, spécialiste de la colonne vertébrale, afin de clarifier la situation médicale du recourant suite à la rechute annoncée.

Il ressort du rapport d'expertise du 3 décembre 2014 que lors de son entretien avec le recourant, l'expert R._____ a eu l'impression que l'intéressé gardait des douleurs dorsales chroniques malgré de multiples essais de traitement effectués ces dernières années et qu'il était très frustré par le changement de vie que cela impliquait, surtout dans ses activités sportives. Il l'était encore plus par une non-reconnaissance de ses plaintes, surtout par le fait qu'une première évaluation donnée par le Dr G._____ portait sur une atteinte vertébrale traumatique lui donnant même droit à une atteinte de son intégrité de 10%, alors que cette reconnaissance était mise en cause par l'expertise du Dr P._____. L'expert a retenu à l'issue de son examen clinique et radiologique du 3 décembre 2014 la persistance de dorsalgies chroniques, le patient présentant des signes radiologiques de maladie de Scheuermann frustre et de maladie de DISH débutante dans la moitié distale du rachis dorsal, ainsi que de troubles dégénératifs multiétagés dans le rachis lombaire. Il n'a pas été en mesure de mettre en évidence d'atteinte morphologique post-traumatique en relation avec l'accident du 5 mars 2010. Sur ce point, il a précisé qu'il ne partageait pas l'avis du Dr G._____ quant à une déformation cyphotique post-traumatique de 10° des vertèbres dorsales, laquelle était secondaire aux hernies intra-spongieuses dans le cadre d'une maladie de Scheuermann frustre. Il a en définitive estimé qu'il était

hautement improbable que l'événement du 5 mars 2010 ait pu provoquer des lésions osseuses, voire une modification de la statique de la colonne vertébrale. Par contre, il a indiqué qu'il était probable que le recourant présentait déjà avant l'événement du 5 mars 2010 des nodules de Schmorl (hernie intra-spongieuse) au niveau des corps vertébraux D6, D7, D8 et D11. Il a en outre retenu avec une haute vraisemblance que l'événement précité n'avait plus d'influence sur les troubles rachidiens du recourant en février 2012, précisant que l'influence de l'événement était probablement nulle au-delà de douze mois à partir de la date de l'accident. Il a enfin répondu par la négative à l'existence d'une atteinte durable de l'intégrité physique de l'intéressé.

c) Il sied de constater que le rapport d'expertise du Dr R._____ repose sur l'étude du dossier médical complet, un examen neuro-orthopédique du 3 décembre 2014 durant lequel l'intéressé a pu faire état de ses plaintes, des investigations radiologiques complémentaires requises par l'expert et effectuées le 3 décembre 2014, deux CD du Z._____ relatives à des radiographies effectuées les 28 mars 2008 et 8 avril 2010, ainsi qu'une IRM lombaire pratiquée le 8 février 2012. Le Dr R._____ a exposé par le détail tant les éléments pertinents de l'anamnèse que ses constats cliniques, ainsi que les motifs justifiant ses conclusions. Les explications de ce spécialiste, confirmant d'ailleurs les conclusions exprimées par l'expert P._____ mandaté par W._____, sont par ailleurs tout à fait exemptes de contradictions, tout en reposant sur les éléments objectifs mis en évidence notamment par les examens complémentaires auxquels s'est soumis le recourant. Le Dr R._____ a également exposé pour quels motifs il s'écartait des conclusions du Dr G._____, lequel n'avait au demeurant procédé à aucun examen clinique. Contrairement à ce que soutient le recourant, il s'ensuit que l'expertise réalisée par le Dr R._____ correspond en tous points aux critères dégagés par le Tribunal fédéral (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 251) et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante.

d) A cet égard, les rapports adressés par le recourant postérieurement au rapport d'expertise du Dr R._____ sont

particulièrement succincts et ne sont pas de nature à faire douter des conclusions de l'expert, lequel a précisément été mandaté pour définir la relation de causalité entre l'événement du 5 mars 2010 et la persistance de dorsalgies. Ainsi, le rapport du 31 mars 2015 faisant suite aux radiographies fonctionnelles effectuées le 30 mars 2015, soit plus de cinq ans après l'accident et trois ans après la rechute annoncée, ne décrit nullement des séquelles traumatiques. On peut dès lors s'étonner que le physiothérapeute T._____ (dont l'assuré est patient depuis de nombreuses années) puisse dans son rapport du 13 avril 2015 conclure à la présence d'articulations costovertébrales gauche de D4 et D5 sublaxées, alors qu'il n'est pas un spécialiste en orthopédie. Le rapport du Dr L._____, médecin généraliste, ne convainc pas davantage. Ce praticien se limite ainsi à rappeler que les examens radiologiques montrent essentiellement des troubles statiques ainsi que des pincements discaux dégénératifs D7-D8 et D8-D9, que son patient ressent des douleurs et qu'il continue des séances de physiothérapie. Il se réfère également au rapport du 31 mars 2015 sans toutefois se prononcer sur le lien de causalité naturelle.

6. Partant, à l'instar de l'intimée, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'aggravation évoquée par le recourant en février 2012 dans le cadre de sa déclaration LAA de ses troubles rachidiens - soit des dorsalgies chroniques, des signes radiologiques de la maladie de Scheuermann fruste et de la maladie de DISH débutante dans la moitié distale du rachis dorsal, ainsi que des troubles dégénératifs multiétagés dans le rachis lombaire - ne peut pas être rattachée à l'événement du 5 mars 2010, mais est d'origine exclusivement malade, respectivement dégénérative. Au regard de la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. consid. 3b supra), on ne peut dès lors faire grief à l'intimée d'avoir refusé d'allouer à nouveau des prestations dès le mois de janvier 2012, l'événement du 5 mars 2010 ayant cessé de déployer ses effets à la période précitée, nonobstant les douleurs alléguées par le recourant.

7. a) Il résulte de ce qui précède que le recours interjeté par O._____ se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 15 janvier 2014 par W._____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- O._____, à [...],
- W._____, à [...],

- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :