RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1701/2021 **ATAS/51/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 janvier 2022

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à DIVONNE-LES-BAINS, France	recourant
contre	
AXA ASSURANCES SA, sise Direction générale, General-Guisan-Strasse 40, WINTERTHUR, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Patrick MOSER	intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1964, travaille à 100% en qualité d'administrateur pour l'entreprise B_____SA (ci-après : l'employeur). À ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de AXA ASSURANCES SA (ci-après : AXA).

b. Dans la soirée du 30 juillet 2020, l'assuré a été victime d'une chute sur un ponton et s'est cogné la tête sur un rocher (cf. déclaration de sinistre du 5 août 2020). Il a décrit une chute très violente en descendant d'un bateau, d'une hauteur de 40 cm environ, avec un heurt de la tête contre une pierre suivi d'une sensation d'électricité immédiate dans les deux bras, qui avait duré de longues minutes. L'assuré a travaillé le 31 juillet 2020, puis est parti le soir même dans sa famille en France (cf. résumé de l'entretien téléphonique du 16 septembre 2020).

c. Le 1er août 2020, l'assuré s'est rendu aux urgences de l'hôpital de Hyères (France), où une mobilité limitée, une névralgie cervicale gauche et un œdème à la main droite ont été constatés. Les radiologies cervicales initiales sont apparues normales, mais un bilan complémentaire était à prévoir. Le diagnostic provisoire d'entorse cervicale a été posé et le port d'une minerve et des antalgiques prescrits à l'intéressé. L'incapacité de travail était totale dès le 1er août 2020 (cf. résumé de l'entretien téléphonique du 16 septembre 2020 et rapport du 6 novembre 2020 du Centre hospitalier de Hyères).

Le 10 août 2020, une radiographie de la colonne cervicale a révélé une instabilité rachidienne C3-C4 avec un rétrolisthésis, associée à une atteinte dégénérative marquée des massifs articulaires postérieurs. Une minerve en mousse a été posée et le patient adressé aux urgences de l'hôpital de Nyon pour des investigations complémentaires (cf. rapport de radiographie du 10 août 2020).

Un scanner cérébro-cervical et une IRM ont été réalisés le 11 août 2020. Le premier examen a mis en évidence des altérations dégénératives pluri-étagées prédominant à l'étage C3-C4, C4-C5 et C5-C6, une arthrose interfacettaire postérieure très marquée à l'étage C2-C3 à droite, sans luxation articulaire ni épaississement des parties molles pré-cervicales (cf. rapport du 13 août 2020), et le second une protrusion disco-ostéophytaire postérieure C3-C4 provoquant un canal cervical étroit associée à une myélopathie focale et provoquant un rétrécissement foraminal gauche sévère, une extrusion herniaire postérieure paramédiane gauche au niveau C6-C7 d'allure aiguë et provoquant un rétrécissement non significatif du canal cervical et un rétrécissement foraminal gauche modéré, et un bombement discal de niveau C5-C6 sans rétrécissement canalaire central significatif mais provoquant un rétrécissement foraminal bilatéral prédominant à gauche (cf. rapport du 12 août 2020).

Le 12 août 2020, l'assuré a été examiné par le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, à l'unité de chirurgie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV), lequel

a diagnostiqué des paresthésies de trajectoire C6 et C7 (bras gauche) et une suspicion d'un syndrome médullaire dans les contextes d'un canal cervical étroit congénital, d'une hernie discale C3-C4 avec des signes de myélopathie au niveau de la hernie et d'une hernie discale C6-C7 probablement aiguë avec une compression de la racine C7 gauche. Une indication opératoire a été retenue, aux niveaux C3-C4 et C6-C7. Le patient souhaitant une intervention minimale, il a été décidé de traiter conservativement la hernie C6-C7 et de procéder à un ACDF (pour discectomie et fusion cervicales antérieures) C3-C4 (cf. rapport du 1er septembre 2020), opération réalisée le 22 octobre 2020 (cf. protocole opératoire du 9 novembre 2020).

d. Dans un avis du 22 novembre 2020, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil d'AXA, a retenu que les lésions en C3-C4, découvertes fortuitement, étaient dégénératives et préexistantes à l'accident, lequel ne les avait pas aggravées, et que la symptomatologie clinique décrite concernant la hernie C6-C7 plaidait en faveur d'une décompensation temporaire de l'état antérieur arthrosique avec un *statu quo sine* fixé au 11 janvier 2021. Ainsi, l'opération n'avait pas été indiquée en conséquence de l'événement accidentel annoncé.

e. Par rapport du 14 décembre 2020, le Dr C_____ a indiqué avoir revu le patient le 4 novembre 2020. Celui-ci avait rapporté des douleurs assez importantes dans la nuque, une difficulté à se mobiliser et des fourmillements encore plus importants qu'avant la chirurgie vers le bras gauche. Les radiographies réalisées le jour même n'avaient pas montré de descellement ni de déplacement de la cage C3-C4, mais une cyphose cervicale plus prononcée par rapport aux anciennes images était relevée. Une IRM cervicale était organisée.

B. **a.** Par décision du 17 décembre 2020, AXA a exclu tout lien de causalité naturelle entre le traumatisme du 30 juillet 2020 et les lésions en C3-C4, lesquelles étaient dégénératives et préexistantes au sinistre. Ce dernier les avait mises en évidence, mais n'avait pas provoqué d'aggravation. Par conséquent, il n'existait aucun droit aux prestations pour ces lésions. Concernant les troubles en C6-C7, aucun rapport de causalité n'était retenu après le 11 janvier 2021. Dès cette date, il s'agissait d'un cas maladie.

b. En date du 26 janvier 2021, l'assuré s'est opposé à la décision, faisant en substance valoir que le neurochirurgien lui avait confirmé à plusieurs reprises que la hernie C3-C4 était traumatique. Il a rappelé la violence de l'accident, les troubles et les risques qu'il présentait depuis lors, ainsi que les caractères indispensable et urgent de l'opération subie. Il a contesté l'avis du médecin-conseil, selon lequel il était déjà touché dans sa santé avant le sinistre, et relevé qu'il avait renoncé à l'opération sur C6-C7 en suivant l'avis des médecins qui déconseillaient de pratiquer en même temps les deux interventions. Il a soutenu que les conclusions du médecin-conseil étaient en contradiction avec celles des autres médecins et qu'il n'y avait aucune incompatibilité entre avoir de l'arthrose,

ce qui était courant à partir d'un certain âge, et avoir une hernie et une myélopathie traumatique de cette gravité suite à un accident.

c. Par décision sur opposition du 14 avril 2021, AXA a rejeté l'opposition de l'intéressé. Elle a notamment rappelé que le spécialiste du CHUV avait mentionné un canal cervical étroit congénital, une hernie discale C3-C4 avec un signe de myélopathie et une hernie C6-C7 probablement aiguë avec une compression de la racine C7 gauche. Le scanner du 11 août 2020 avait montré des altérations dégénératives pluri-étagées prédominant en C3-C4, C4-C5 et C5-C6, et une arthrose C2-C3. Elle a indiqué que la myélopathie cervicarthrosique était l'équivalent à l'étage cervical de la sténose canalaire lombaire, soit une affection d'origine dégénérative, survenant le plus souvent chez les personnes de plus de 50 ans. Enfin, son médecin-conseil avait pris connaissance et analysé toutes les pièces au dossier, avant de conclure que les lésions constatées étaient, de façon certaine, préexistantes à l'événement assuré car il s'agissait de lésions arthrosiques et discales étagées, sévères en C3-C4, avec un retentissement sur la moelle. De telles lésions étaient l'aboutissement d'un long processus et avaient été mises en évidence lors du sinistre. Il avait également confirmé que la hernie C6-C7 était dégénérative et avait été décompensée temporairement par l'accident. Le *statu quo sine* avait été atteint au 11 janvier 2021. Ces conclusions étaient cohérentes, concordantes et convaincantes.

C. **a.** Par acte du 14 mai 2021, l'assuré a interjeté recours contre cette décision. Il a conclu à son annulation et à ce qu'une expertise médicale soit ordonnée pour déterminer le lien de causalité naturelle entre l'accident, la hernie et l'opération C3-C4, l'incapacité de travail et les frais médicaux. Sur le fond, le recourant a reproché à l'intimée une analyse expéditive et erronée, et relevé que l'avis du médecin-conseil était contredit par celui de son neurochirurgien. Selon ce dernier, la pathologie dégénérative seule n'expliquait pas la myélopathie C3-C4 ni la lésion aiguë de la moelle épinière. Sans l'accident assuré, il n'aurait pas souffert de la myélopathie et l'intervention n'aurait pas été nécessaire du fait de la pathologie dégénérative commune. Il a contesté que l'état maladie serait revenu à l'état antérieur, ajoutant qu'il souffrait de légères séquelles, soit une perte de sensibilité sur le côté gauche du faciès, là où l'impact avait eu lieu. Il a joint un rapport du 21 avril 2021 du Dr C_____.

b. Dans sa réponse du 14 juillet 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours, au motif que le dossier ne comportait aucun élément permettant de douter du bien-fondé de l'avis de son médecin-conseil, émis en toute connaissance de cause. Ses explications étaient en outre parfaitement superposables à celles du chirurgien, qui retenait également des lésions arthrosiques. La myélopathie du recourant devait être considérée comme une atteinte de la moelle épinière au niveau des vertèbres cervicales d'origine dégénérative, donc comme les suites d'une maladie qui affectait la moelle spinale. Enfin, il n'était pas contesté que la hernie C6-C7 était dégénérative et avait uniquement été temporairement décompensée par

l'accident jusqu'au 11 janvier 2021, date du *statu quo sine*. Les appréciations de son médecin-conseil remplissaient tous les critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Concernant en particulier l'opinion du médecin traitant, elle a rappelé que son appréciation succincte procédait manifestement d'un raisonnement de type *post hoc ergo propter hoc*, impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé. Le dossier était complet et il n'y avait pas lieu d'en compléter l'instruction.

c. Par réplique du 4 août 2021, le recourant a persisté, soutenant que l'avis de son neurochirurgien contredisait celui du médecin-conseil de l'intimée, le premier lui ayant confirmé verbalement à plusieurs reprises que la hernie C3-C4 était traumatique, et ayant noté que la lésion de la moelle épinière était aiguë et traumatique. Suite aux radiographies du 11 août 2020, les médecins lui avaient dit que la vertèbre C3 avait glissé et qu'il souffrait d'une instabilité C3-C4 et était en situation d'urgence, risquant une paraplégie. Ceci était incompatible avec l'avis du médecin-conseil de l'intimée, qui retenait une découverte fortuite, un processus lent et le résultat d'une pathologie dégénérative. L'ensemble des médecins consultés estimaient évident que son état de santé était au moins en partie lié et aggravé par le violent traumatisme qu'il venait de subir. Le scanner mentionnait pour motif de prise en charge un « traumatisme cervical », et la pathologie étagée C2-C7 n'expliquait pas la lésion aiguë de la moelle épinière sur le seul segment C3-C4. Il a contesté tout retour au *statu quo sine*, rappelant qu'il souffrait de légères séquelles, soit une perte de sensibilité sur le côté gauche du faciès, des problèmes de motricité des membres inférieurs et un sentiment de perte d'équilibre. Il a produit un courriel du Dr C_____ du 3 août 2021.

d. L'intimée a dupliqué le 7 janvier 2022 et maintenu l'intégralité de ses conclusions. Elle a souligné que le litige ne portait pas sur les troubles affectant C6-C7, lesquels ne se trouvaient plus, à compter du 11 janvier 2021, date du *statu quo sine*, dans une relation de causalité avec le sinistre. Concernant C3-C4, l'avis du Dr C_____ ne contredisait pas celui du Dr D_____, au contraire. La myélopathie cervicoarthrosique était une affection d'origine dégénérative survenant le plus souvent chez les patients d'âge mûr. Par voie de conséquence, de telles lésions étaient bien l'aboutissement d'un long processus. L'apparition soudaine d'une maladie neurologique deux jours seulement après le sinistre paraissait de toute façon improbable. Puisque l'accident n'avait pas procuré de changement structurel des lésions rachidiennes préexistantes, et dès lors que l'intervention réalisée sur les vertèbres C3-C4 avait uniquement pour but de traiter une lésion asymptomatique, il fallait bien admettre que cette opération relevait du traitement d'une lésion exclusivement dégénérative. En l'absence confirmée de la moindre séquelle traumatique, le recourant ne pouvait raisonnablement conclure à l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles affectant C3-C4 et le sinistre du 30 juillet 2020. Le courriel du 3 août 2021 du Dr C_____ n'était pas décisif car ce médecin avait reconnu qu'il

existait une sténose cervicale préexistante et son appréciation relevait d'un raisonnement *post hoc ergo propter hoc*, lequel permettait uniquement de considérer l'existence d'un rapport de cause à effet comme une hypothèse possible, ce qui n'était pas suffisant. Le point de vue du médecin traitant, qui tentait en réalité de justifier a posteriori sa position par l'absence de problèmes cervicaux antérieurs à l'accident du 30 juillet 2020, devait ainsi être écarté au profit de l'opinion du Dr D_____, dûment motivée sur la base des éléments médicaux versés au dossier.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 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-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

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

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

4. À titre liminaire, il convient de circonscrire le litige, l'intimée soutenant que ce dernier ne porte pas sur les troubles dont souffre le recourant au niveau C6-C7.

4.1 Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (arrêt du Tribunal fédéral 8C_87/2007 du 1er février 2008 consid. 1.1). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 413 consid. 1b).

4.2 Dans sa décision du 17 décembre 2020, confirmée sur opposition le 14 avril 2021, l'intimée a, d'une part, nié le rapport de causalité naturelle entre

l'événement accidentel du 30 juillet 2020 et les troubles au niveau C3-C4 et, d'autre part, considéré que le *statu quo sine* était atteint au 11 janvier 2021 s'agissant des atteintes du segment C6-C7.

Certes, le recourant a sollicité qu'une expertise médicale soit ordonnée afin de déterminer le lien de causalité naturelle entre l'accident, la hernie et l'opération en C3-C4, ainsi que l'incapacité de travail et les frais médicaux, sans référence expresse aux troubles en C6-C7. Cela étant, si les motifs développés dans les écritures de l'intéressé concernent essentiellement les atteintes en C3-C4, il a également contesté que « l'état maladie » serait revenu à l'état antérieur, se référant ainsi au statu quo retenu par l'intimée, et donc aux troubles portant sur le segment C6-C7. En outre, la chambre de céans rappellera que le recourant a conclu à l'annulation de la décision contestée, sans formuler de distinction entre les deux atteintes. Elle relèvera ensuite que l'intéressé avait également fait référence aux troubles portant sur le segment C6-C7 dans son opposition du 26 janvier 2021 et que rien dans ses écritures subséquentes ne permet de penser qu'il se serait rallié à la position de l'intimée. Elle observera encore que l'argumentation du recourant, ciblée sur les lésions C3-C4, s'explique très vraisemblablement par le fait que seules ces dernières ont à ce jour été opérées, et par le fait que la motivation des décisions de l'intimée est également centrée sur ces troubles. Enfin, il convient de ne pas se montrer trop strict avec le recourant, lequel agit en personne.

4.3 Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de conclure que le litige porte non seulement sur l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident du 30 juillet 2020 et les troubles présentés en C3-C4, mais également sur l'atteinte du *statu quo sine* le 11 janvier 2021 concernant les lésions en C6-C7.

5. **5.1** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

5.2 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que

l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le 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 ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

5.3 En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si 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*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

5.4 Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent

immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.1).

La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, est remplacée par la présomption jurisprudentielle – qui se fonde sur la littérature médicale – selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002).

Le lien de causalité naturelle entre un accident et une hernie a notamment été nié dans les cas suivants : une chute dans un escalier n'est pas la cause d'une hernie discale, lorsque l'assuré souffrait déjà d'une discopathie avant l'accident et que celle-ci a été aggravée de 15% environ par la chute, dès lors que l'accident ne peut être qualifié d'événement sans lequel le dommage ne se serait pas produit (RAMA 1986 n° K 703 p. 473 et ss, consid. 2b) ; lorsque l'assuré souffrait depuis plusieurs années d'une modification dégénérative du tissu conjonctif de l'anneau extérieur du disque intervertébral et qu'il est pratiquement sûr que la hernie discale puisse être attribuée à ce dommage du disque intervertébral (RAMA 1990 n° K 849 p. 325).

6. **6.1** La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

6.2 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. Etant 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin

indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

7. **7.1** Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

7.2 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).

7.3 Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

Lorsqu'il existe des doutes sur la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 132 V 368 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3 et ses références).

8. En l'espèce, l'intimée a nié tout lien de causalité naturelle entre l'accident du 30 juillet 2020 et les lésions constatées en C3-C4, retenant que le sinistre n'avait fait que les mettre en évidence. Elle a en outre considéré que les troubles en C6-C7 n'étaient plus en rapport de causalité avec l'événement accidentel au-delà du 11 janvier 2021. Ces conclusions reposent sur l'avis de son médecin-conseil du 22 novembre 2020.

Le recourant pour sa part n'a pas contesté la présence d'une pathologie dégénérative, mais a soutenu que cette dernière, prise isolément, n'expliquait pas la myélopathie C3-C4, ni la lésion aiguë de la moelle épinière. Ainsi, sans l'accident assuré, il n'aurait pas souffert de ladite myélopathie et l'intervention n'aurait pas été nécessaire du fait de la pathologie dégénérative commune. Il s'est référé aux rapports établis par le Dr C_____.

9. Il convient donc d'examiner la valeur probante du rapport du Dr D_____.

9.1 S'agissant des atteintes en C3-C4, le médecin-conseil a indiqué que le sinistre n'avait pas provoqué de changements structurels. Interrogé sur la probabilité prédominante de l'existence d'un lien de causalité entre les plaintes et l'événement signalé, il a répondu « Ne peut pas être estimé », ajoutant que la lésion C3-C4 dégénérative avait été découverte fortuitement et nécessitait une intervention chirurgicale en raison de la compression de la moelle. Il n'y avait pas d'aggravation à ce niveau provoquée par l'accident. Le médecin-conseil a répondu par l'affirmative à la question de savoir si la santé de l'intéressé était déjà touchée de manière invisible ou manifeste avant l'accident. Il a expliqué que les lésions constatées à l'IRM étaient, de façon certaine, préexistantes à l'événement car il s'agissait de lésions arthrosiques et discales étagées, sévères en C3-C4, avec un retentissement sur la moelle. De telles lésions étaient l'aboutissement d'un long processus et avaient été mises en évidence lors de l'accident. L'opération n'avait pas été indiquée en conséquence de l'événement signalé, mais afin de traiter une lésion dégénérative qui n'était pas symptomatique cliniquement, mais potentiellement agressive pour la moelle. Cette intervention n'était donc pas à la charge de l'intimée.

Quant à la hernie C6-C7, le médecin-conseil a retenu, au vu de la symptomatologie clinique décrite, une décompensation temporaire de l'état antérieur arthrosique. Il a indiqué qu'il s'agissait d'une aggravation temporaire et que le *statu quo sine* avait été atteint vers le 11 janvier 2021.

9.2 En ce qui concerne les troubles au niveau C3-C4, la chambre de céans relève tout d'abord que l'absence de modifications structurelles provoquées par l'accident n'est pas un élément permettant de nier tout rapport de causalité entre le sinistre assuré et les différentes atteintes.

Elle observe ensuite que le médecin-conseil n'a pas examiné de façon précise et complète chaque trouble, mais qu'il s'est déterminé de façon générale sur des « lésions dégénératives, arthrosiques et discales étagées ». Or, la seule présence d'atteintes dégénératives préexistantes à l'événement accidentel ne suffit pas pour exclure tout rapport de causalité naturelle avec les différents troubles. À titre d'exemples, la radiographie de la colonne cervicale du 10 août 2020 a mis en exergue une instabilité rachidienne C3-C4 avec un rétrolisthésis variable entre la flexion et l'extension forcée, associée à une atteinte dégénérative marquée des massifs articulaires postérieurs (cf. rapport du 10 août 2020 du docteur E_____, radiologue FMH) et l'IRM du 11 août 2020 a notamment révélé une protrusion disco-ostéophytaire postérieure C3-C4 provoquant un canal cervical étroit, associée à une myélopathie focale et provoquant un rétrécissement foraminal gauche sévère (cf. rapport du 12 août 2020 du docteur F_____, radiologue FMH). Le médecin-conseil aurait donc dû expliquer pour quelle raison l'instabilité rachidienne n'aurait pas pu être causée par le traumatisme survenu le 30 juillet 2020. De même, il aurait dû exposer les motifs pour lesquels la hernie

C3-C4 ne pouvait pas être principalement due à l'accident, ou avoir été déclenchée par celui-ci. Au vu des circonstances de l'événement telles que décrites par le recourant, soit une chute d'une hauteur de 40 cm environ avec un choc direct de la tête contre un rocher, ainsi que l'apparition immédiate de symptômes ayant justifié plusieurs consultations en urgence, la première 48 heures après le sinistre, et une incapacité de travail attestée dès le 1er août 2020, l'avis du Dr D_____ apparaît insuffisamment motivé. Une argumentation minutieuse s'imposait d'autant plus à ce sujet que le médecin-conseil a admis le lien de causalité entre le sinistre et les troubles en C6-C7, à savoir une extrusion herniaire.

Enfin, il est rappelé que le scanner cérébro-cervical du 11 août 2020 a mis en évidence des altérations dégénératives pluri-étagées, prédominant en C3-C4, C4-C5 et C5-C6, ainsi qu'une arthrose interfacettaire postérieure très marquée à l'étage C2-C3 à droite (cf. rapport du 13 août 2020 du Dr F_____), et que l'IRM du 11 août 2020 a notamment révélé une protrusion disco-ostéophytaire postérieure C3-C4 provoquant un canal cervical étroit associée à une myélopathie focale et provoquant un rétrécissement foraminal gauche sévère, une extrusion herniaire postérieure paramédiane gauche au niveau C6-C7 d'allure aiguë provoquant un rétrécissement foraminal gauche modéré, ainsi qu'un bombement discal postérieur à base large de niveau C5-C6 provoquant un rétrécissement foraminal bilatéral prédominant à gauche (cf. rapport du 12 août 2020 du Dr F_____). Dans ces conditions, en présence de troubles dégénératifs touchant tous les étages de C2 à C7 et d'une diminution du diamètre de plusieurs foramens entre C3 et C7, les conclusions du Dr D_____ selon lesquelles les lésions arthrosiques et discales étagées, « sévères en C3-C4 », avaient un retentissement sur la moelle et nécessitaient l'intervention chirurgicale, apparaissent en l'état peu convaincantes.

En outre, sa réponse concernant l'existence d'un lien de causalité entre les plaintes et l'événement signalé (« Ne peut pas être estimé »), est peu compréhensible puisqu'il a exclu toute responsabilité de l'intimée en lien avec les atteintes au segment C3-C4.

9.3 S'agissant des troubles à l'étage C6-C7, le médecin-conseil n'a pas du tout motivé la date retenue pour fixer le *statu quo sine*, de sorte que son appréciation ne saurait en l'état être confirmée.

C'est le lieu de rappeler que le Dr C_____ avait signalé une hernie discale C6-C7 probablement aiguë avec une compression de la racine C7 gauche, mentionné des paresthésies de trajectoire C6 et C7 (bras gauche) et retenu une indication opératoire pour ces troubles au mois d'août 2020 déjà car la hernie était symptomatique. Un traitement conservateur a toutefois été privilégié selon le souhait du recourant (cf. rapport du 1er septembre 2020). La présomption jurisprudentielle selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être

considérée comme étant terminée, en règle générale, six à neuf mois, voire douze au maximum après le sinistre, ne trouve donc pas application.

9.4 Eu égard à tout ce qui précède, l'intimée ne pouvait pas, sur la base du rapport de son médecin-conseil du 22 novembre 2020, d'une part, nier tout lien de causalité entre les troubles constatés en C3-C4 et l'accident assuré, et d'autre part, considérer que le *statu quo sine* avait été atteint au mois de janvier 2021 s'agissant des troubles existant en C6-C7.

9.5 La chambre de céans constatera encore que les rapports rendus par la suite par le Dr C_____, documents qui peuvent être pris en considération dès lors qu'ils portent sur l'état de santé du recourant au moment du prononcé de la décision litigieuse, remettent en cause l'appréciation du Dr D_____, ainsi que les considérations médicales évoquées par l'intimée dans ses différentes écritures, en particulier l'affirmation que la myélopathie cervicarthrosique était une affection d'origine dégénérative.

En effet, dans son rapport du 21 avril 2021, le chirurgien traitant a expliqué qu'il existait une myélopathie cliniquement et radiologiquement aiguë en C3-C4, où il y avait un canal cervical étroit dégénératif. En associant une lésion dégénérative (canal cervical étroit) et un événement traumatique, le tableau global faisait état d'une lésion de la moelle épinière. Ces deux éléments, soit une « pathologie dégénérative » et un « traumatisme aigu », avaient été la source de la myélopathie traitée chirurgicalement. Il était « clair » que la lésion de la moelle épinière était aiguë et « traumatique » et que la pathologie était « dégénérative ». Il a préconisé la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un spécialiste neutre afin de clarifier s'il s'agissait d'un accident. Par la suite, dans un courriel du 3 août 2021, le Dr C_____ a précisé qu'il ne s'attendrait pas à une lésion de la moelle épinière avec ce degré de sténose spinale « sans traumatisme supplémentaire ». La moelle épinière au niveau C3-C4 présentait un signal hyperintense sur la séquence T2, signe de lésion axonale/œdème, indiquant une lésion aiguë. Il ne voyait aucune lésion dans la séquence IRM T1 indiquant une lésion chronique de la moelle épinière. Compte tenu de l'ensemble des examens radiologiques et des symptômes après la chute, la lésion de la moelle épinière était très probablement une lésion traumatique aiguë. Il s'agissait d'un tableau clinique classique après une chute avec une sténose préexistante du canal rachidien cervical. Les résultats peropératoires ne permettaient pas de se prononcer sur l'âge de la lésion de la moelle épinière. À son avis, sans traumatisme, la lésion de la moelle épinière ne se serait pas produite, étant précisé que sans sténose cervicale préexistante, le traumatisme n'aurait probablement pas entrainé de lésions de la moelle épinière.

10. Eu égard à tout ce qui précède, force est de constater qu'il subsiste d'importants doutes quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée, de sorte qu'une instruction complémentaire s'impose. Aucune expertise n'ayant été diligentée à ce stade, la cause sera renvoyée à l'intimée pour ce faire.

11. Partant, le recours est partiellement admis, la décision sur opposition du 14 avril 2021 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision.

Le recourant n'étant pas représenté par un mandataire ni n'ayant allégué des frais particulièrement importants pour défendre ses droits dans le cadre de la présente procédure, aucune indemnité ne saurait lui être accordée à titre de participation à des frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. f^{bis} LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 14 avril 2021.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
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	La présidente
Isabelle CASTILLO	Catherine TAPPONNIER

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