RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3313/2022 **ATAS/957/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 décembre 2023

Chambre 3

En la cause

ASSURA-BASIS SA	recourante
contre	
ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES	intimée
A_____	appelé en cause

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1939, travaille comme directeur pour la société A_____ (ci-après : A_____), par le biais de laquelle il est assuré contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assureur-accidents).

b. Le 25 mars 2019, l'assuré a été victime d'un accident à Callao, au Pérou, dans la cabine d'un bateau de croisière. La description faite dans la déclaration remplie le 3 avril 2019 est la suivante : « J'ai trébuché en sortant de la salle de bain et je suis tombé, mon dos heurtant violemment le mur ».

c. Le 8 avril 2019, le docteur C_____ a conclu à un tassement L3 suite à l'accident.

d. En novembre 2019, le même médecin a retenu le diagnostic suivant : fracture/ tassement L3 traumatique, compression radiculaire L3 à droite.

e. Le 5 novembre 2019, retenant un diagnostic de lombocruralgie droite déficitaire sur hernie discale L2-L3 droite, le docteur F_____ a procédé à une intervention (hémilaminectomie avec micro-décompression L2-L3 droite).

f. Le dossier a été soumis au médecin-conseil de l'assureur-accidents, qui, en date du 17 février 2020, a considéré que l'intervention pratiquée le 5 novembre 2019 n'était pas en relation de causalité avec l'accident, position qu'il a confirmée en date du 19 mars 2020, en précisant que le lésé avait atteint, d'un point de vue du tassement/fracture L3, un « état médical définitif » (= *statu quo*) trois à quatre mois après l'évènement. L'opération était en relation avec l'état dégénératif préexistant important de l'assuré.

g. Par courrier du 22 mars 2020, l'assureur-accidents a informé l'assuré qu'il entendait mettre fin au versement de ses prestations avec effet au 26 juillet 2019.

h. Par courrier du 1er avril 2020, l'assuré a manifesté son désaccord, arguant que le *statu quo* n'était pas atteint à cette date-là.

i. Le 14 avril 2020, le médecin-conseil de l'assureur-accidents a précisé que le *statu quo sine* ne pourrait en réalité jamais être atteint, car la fracture/tassement du corps vertébral L3 constituait un changement structurel persistant que l'on pourrait toujours mettre en évidence comme conséquence de l'accident. En revanche, l'assuré avait atteint un « état médical final définitif », car il n'y avait plus aucun traitement médical efficace concernant cette lésion. D'ailleurs, le lésé ne prenait plus d'antalgiques, car il y était allergique, et l'ostéopathie n'avait pas permis d'améliorer la situation.

j. Par décision du 17 avril 2020, l'assureur-accidents a mis un terme à ses prestations avec effet au 26 juillet 2019, sauf pour les éventuelles rechutes liées à la fracture/tassement de L3.

k. Par courrier du 22 avril 2020, ASSURA (ci-après : l'assureur-maladie), auprès de laquelle est affilié l'assuré pour l'assurance obligatoire des soins, s'est opposé à cette décision en faisant valoir que l'opération du 5 novembre 2019 devait être prise en charge par l'assureur-accidents.

À l'appui de sa position, elle invoquait l'avis de son propre médecin-conseil, le docteur D_____, selon lequel : « sans la modification structurelle de L3, entrainant une modification de la statique de la colonne lombaire, en particulier en L2-L3, il n'est pas probable que l'assuré ait développé, quand il l'a fait, des crurosciatalgies droites en relation avec un conflit récessal L2-L3 3 avec une extrusion discale ».

l. Par décision du 16 septembre 2022, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition.

En substance, il s'est référé à l'avis de son médecin-conseil, dont il a fait remarquer qu'il était corroboré par celui du médecin opérateur, lequel avait expressément indiqué, dans un rapport opératoire du 5 novembre 2019 et dans un rapport ultérieur du 21 novembre 2019, que le tassement était dû à l'accident, mais qu'en revanche, la compression ne l'était pas.

B. **a.** Par écriture du 10 octobre 2022, l'assureur-maladie a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que l'assureur-accidents soit condamné à prendre en charge le cas au-delà du 25 juillet 2019, en particulier les hospitalisations du 5 au 13 novembre 2019 et du 13 au 26 novembre 2019.

La recourante invoque un avis émis le 20 avril 2020 par son médecin-conseil, le Dr D_____, selon lequel la hernie discale L2-L3 et la lombocruralgie droite dont souffre l'assuré sont en relation avec l'accident du 25 mars 2019 au degré de la vraisemblance prépondérante.

b. Invitée à se déterminer l'intimée, dans sa réponse du 8 novembre 2022, a conclu au rejet du recours.

Elle rappelle que l'assuré souffre de deux atteintes différentes : une fracture/tassement L3, d'une part, et de multiples altérations structurelles dégénératives mises en évidence par des examens IRM pratiqués avant l'accident, d'autre part.

S'agissant de la première, le docteur E_____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie et médecin-conseil, retient, à l'instar du Dr D_____, que le *statu quo sine* ne pourra plus être atteint, étant donné qu'il s'agit d'un changement structurel persistant.

S'agissant de la deuxième, des imageries par résonance magnétique (IRM) antérieures à l'accident ont montré de multiples altérations dégénératives structurelles dont notamment :

- une discarthrose sans conflit en L1-L2
- une discopathie circonférentielle sans conflit en L2-L3 et L3-L4

- une discarthrose avec remaniements mixtes dégénératifs graisseux et œdémateux en L4-L5 avec un minime antélisthésis de L4 sur L5
- une arthrose postérieure avec sténose bilatérale du récessus des racines L5, un aspect peu remanié des articulations postérieures en L4-L5 droites
- une discarthrose avec sténose bilatérale et modérée du récessus des racines S1 en L5-S1.

Il est observé que l'accident n'a pas provoqué de déficit neuromusculaire immédiat. Celui-ci est apparu progressivement dans les mois après l'accident et dans le contexte d'un état dégénératif lombo-sacré important. Pour l'ensemble de ces motifs, le Dr E_____ conclut que la fracture/tassement de la vertèbre L3 n'est pas responsable de l'extrusion discale qui s'est développée par la suite.

Pour le surplus, l'intimée rappelle que le praticien opérateur lui-même n'a pas établi de lien de causalité avec l'accident.

c. Par écriture du 7 décembre 2022, la recourante a persisté dans ses conclusions en produisant un nouvel avis de son médecin-conseil, en tous points identique aux précédents.

d. Par ordonnance du 1er juin 2023, la Cour de céans a appelé en cause l'assuré, lui a communiqué les pièces essentielles de la procédure et lui a accordé un délai pour se déterminer, ce qu'il a fait en date du 12 juin 2023 : l'assuré note que, d'après le rapport du médecin opérateur, l'intervention était en lien avec son état dégénératif. Il en tire la conclusion que l'opération en novembre 2019 relève bien de l'assurance-maladie et que les frais médicaux y relatifs doivent être pris en charge par la recourante.

e. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie « en droit » du présent arrêt.

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. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82*a* LPGA a contrario).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'assureur-accidents doit prendre en charge l'évènement du 25 mars 2019 au-delà du 26 juillet 2019.

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 ; ATF142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

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 ; 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 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 Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire *(statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

5.4 En cas de lombalgies et lombosciatalgies, la jurisprudence admet qu'un accident a pu décompenser des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire, auparavant asymptomatiques. En l'absence d'une fracture ou d'une autre lésion structurelle d'origine accidentelle, elle considère toutefois que selon l'expérience médicale, le *statu quo sine* est atteint, au degré de la vraisemblance prépondérante, en règle générale après six à neuf mois, au plus tard après une année. Il n'en va différemment que si l'accident a entraîné une péjoration déterminante, laquelle doit être établie par des moyens radiologiques et se distinguer d'une évolution ordinaire liée à l'âge (arrêt du Tribunal fédéral 8C_50/2023 du 14 septembre 2023 consid. 7.1 et les références).

6. 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

7. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurances sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (cf. ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien

de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, seul est décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (cf. ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

8. En l'occurrence, les avis des médecins-conseil de la recourante et de l'intimée divergent quant à l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident survenu le 25 mars 2019 et l'intervention pratiquée en novembre de la même année.

En substance, le Dr D_____, médecin-conseil de la recourante estime que « le développement du conflit récessal L2-L3 en relation avec extrusion discale, responsable des crurosciatalgies droites, est en relation de causalité pour le moins probable avec les conséquences de la modification de l'architecture de L3 (fracture/tassement du plateau supérieur de L3 avec perte d'environ un tiers de sa hauteur et minime recul du coin postéro supérieur) entraînant des modifications de la statique de la colonne lombaire, en particulier en L2-L3 et que cette modification structurelle de L3 entraînant une modification de la statique de la colonne lombaire en L2-L3, est elle-même en rapport de causalité pour le moins probable avec le développement du conflit récessal L2-L3, avec une extrusion discale responsable des crurosciatalgies droites. Autrement dit, sans la modification structurelle de L3, entraînant une modification de la statique de la colonne lombaire en L2-L3, il n'est pas probable que l'assuré ait développé des crurosciatalgies en relation avec un conflit récessal L2-L3 avec une extrusion discale. ».

Dans son rapport du 7 octobre 2022, le Dr D_____ explique que l'IRM réalisée le 11 octobre 2019 a montré que la fracture n'était pas encore consolidée et que cela entraînait une perte de la hauteur supérieure de 50%, ce qui a entraîné une modification architecturale du rachis, en particulier lombaire, avec modification et déséquilibre des forces appliquées, en particulier sur les vertèbres sus et sous-jacentes. Selon lui, ce déséquilibre a automatiquement eu comme conséquence d'accélérer la vitesse d'évolution des troubles dégénératifs rachidiens du patient, en particulier au niveau des vertèbres sus et sous-jacentes, puisque les forces appliquées étaient, après la chute, encore moins physiologiques qu'avant. Si la chute n'a pas provoqué de hernie discale dans les suites immédiates, la modification architecturale en relation avec la fracture de L3 a accéléré l'évolution des troubles dégénératifs du rachis lombaire, en particulier la dégénérescence du disque intervertébral L2-L3, laquelle a eu à son tour pour

conséquence la hernie discale opérée le 5 novembre 2019. Il en conclut qu'il existe une relation de causalité pour le moins partielle entre la hernie discale L2-L3 à droite opérée et la fracture de L3 consécutive à l'accident, dans la mesure où cette hernie ne serait pas apparue – ou en tout cas pas aussi vite – sans les modifications structurelles en relation avec la fracture.

Le raisonnement appliqué par le médecin-conseil de la recourante pour conclure à une relation de causalité « pour le moins partielle » entre la hernie opérée en novembre et l'accident survenu en mars 2019 n'apparaît pas suffisamment convaincant pour conclure à un rapport de cause à effet non pas seulement possible, mais probable.

En effet, ainsi que le relève l'intimée, d'autres éléments plaident en faveur d'une relation de causalité au mieux possible, voire inexistante :

Dans son rapport opératoire du 5 novembre 2019, le Dr F_____ a précisé que l'assuré n'était pas opéré « en accident », car l'intervention visait le traitement de la hernie discale et non le tassement, trop ancien pour être opéré. Ce médecin a également indiqué que la pathologie de l'assuré n'était pas principalement lombaire, mais surtout crurosciatalgique droite, avec un déficit moteur progressivement croissant et invalidant. Le 21 novembre 2019, le Dr F_____ a maintenu que, si le tassement était dû à l'accident, en revanche, la compression ne l'était pas.

Les propos du médecin opérateur viennent ainsi corroborer l'avis du médecin-conseil de l'intimée selon lequel l'opération était en relation avec l'état dégénératif préexistant important chez l'assuré, qui souffre de lombalgies depuis plusieurs années, bien avant l'accident et la fracture/tassement consécutive à celui-ci. Les lombalgies étaient importantes et ont justifié plusieurs examens tomographiques et radiologiques. L'accident n'a pas provoqué un déficit neuromusculaire immédiat ; celui-ci est apparu progressivement, dans les mois après l'accident, et dans le contexte d'un état dégénératif lombo-sacré important. Si la fracture/tassement de la vertèbre L3 avec perte d'environ 50% de la hauteur vertébrale avec minime recul du mur postérieur mise en évidence le 2 avril 2019 dans le cadre d'une ostéopénie importante a provoqué une péjoration passagère de l'état dégénératif préexistant, elle n'était pas responsable de l'extrusion discale qui s'est développée ensuite.

Eu égard aux éléments qui précèdent, il convient de retenir comme plus probable la thèse soutenue par le Dr F_____ et par le médecin-conseil de l'intimée. Dès lors, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - 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
Christine RAVIER	Karine STECK

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