

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 février 2013

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mme Röthenbacher, et Mme Magnin, juge suppléante
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

K. _____, à Les Rousses (France), recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. K._____ (ci-après: l'assuré), né le 24 janvier 1961, travaille depuis le 1^{er} décembre 2006 en tant que régleur auprès de l'entreprise S._____ SA à Nyon. Il est assuré à ce titre obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA). L'assuré est domicilié en France.

Le 27 juillet 2010, en rentrant à son domicile, l'assuré a heurté de la tête une traverse d'un échafaudage. Il s'est automédiqué avec des antalgiques et n'a pas consulté de médecin.

L'assuré s'est rendu le 28 août 2010 aux urgences de l'hôpital de [...] (F) pour consultation. Le rapport établi le 18 octobre 2010 par le Dr B._____ ensuite de cette consultation mentionne des douleurs au niveau de C7 à gauche et de l'angulaire de l'omoplate, avec dysesthésies distales dans les rayons III et IV de la main gauche ainsi que, s'agissant des constatations radiologiques, une cervicarthrose et une raideur modérée du rachis cervical. Le diagnostic de névralgie cervicobrachiale post-traumatique a été posé. A la question de la causalité accidentelle, il a été répondu par un point d'interrogation, avec spécification de la présence d'une cervicarthrose préexistante. L'assuré n'a pas souhaité être mis au bénéfice d'une incapacité de travail.

L'assuré est allé consulter le 30 août 2010 son médecin traitant, la Drsse J._____ (F), spécialiste en médecine et traumatologie du sport, laquelle lui a délivré un certificat d'incapacité de travail de 100% dès cette date.

Une IRM a été pratiquée le 1^{er} septembre 2010 par la Drsse A._____ (F), laquelle a diagnostiqué ce qui suit:

"Raideur en faveur d'une entorse récente.
Pas de lésion osseuse traumatique visible.

Hernie discale C5-C6 gauche volumineuse vraisemblablement à l'origine des symptômes du patient.
Pas de hernie discale significative sus ou sous-jacente.
Pas d'anomalie de signal de la moelle".

Le 8 septembre 2010, le Dr F._____, spécialiste en orthopédie et chirurgie de la colonne vertébrale à Lyon (F), a examiné l'assuré et après une tentative infructueuse de traitement conservateur infiltratif, a opéré la hernie discale le 28 septembre 2010.

Le 17 septembre 2010, l'assuré a annoncé l'accident du 27 juillet 2010 sous la forme d'une déclaration de sinistre LAA, dont la teneur était la suivante:

"Il pleuvait fort ce jour-là, en sortant de son véhicule il [l'assuré] a voulu passer sous les traverses de l'échafaudage (installé devant la maison pour travaux de rénovation) devant la porte de son garage et s'est violemment heurté la tête sur une traverse, provoquant un coup du lapin. Il a eu mal 4-5 jours et n'a pas donné suite car la douleur s'estompait avec la prise d'anti-douleurs. Environ 3 semaines plus tard, des douleurs aux cervicales sont réapparues, se péjorant dans l'épaule, le bras, la main gauche, avec perte de sensibilité et de force au niveau de tous les doigts de la main gauche. Il a été consulté d'urgence le samedi 28.08.2010".

Dans un rapport intermédiaire du 4 octobre 2010, la Drsse J._____ a confirmé le diagnostic de hernie discale cervicale C5-C6 avec thérapie sous forme d'infiltration puis de chirurgie.

Il ressort du questionnaire CNA rempli par l'assuré le 6 octobre 2010 que la nature de son atteinte est une "hernie cervicale suite à un traumatisme (choc en arrière provoqué par un violent heurt à la tête)". Pour le surplus, l'assuré a confirmé la déclaration LAA du 17 septembre 2010 quant aux circonstances de l'accident.

Dans un second rapport du 6 janvier 2011 à la CNA, le Dr B._____ a indiqué, sans avoir revu l'assuré à sa consultation depuis le 28 août 2010, que le patient avait subi un choc frontal contre un échafaudage huit jours auparavant (sic), avec douleurs cervicales et craquement et rapporté le diagnostic de cervicalgies post-traumatiques ainsi que de

signes de radiculopathie cervicale, tout en répondant par l'affirmative à la question "Les lésions sont-elles dues uniquement à l'accident ?".

Le 13 janvier 2011, le Dr F._____ a indiqué qu'il avait revu son patient pour la dernière fois le 23 décembre 2010 et avait constaté une mobilité cervicale correcte avec peu de douleurs. Il persistait un déficit du poignet gauche. Son état pouvait être considéré comme consolidé sur le plan médico-légal.

Le 3 mars 2011, la CNA a reçu copie de la feuille-accident LAA, laquelle faisait état d'une incapacité de travail de 100% dès le 30 août 2010, et ce jusqu'au 3 janvier 2011. L'assuré a repris son activité professionnelle à 50% à cette date puis complètement dès le 7 février 2011.

Le 14 février 2011, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a rendu une appréciation médicale du cas, sur la base des rapports des Drs A._____ (IRM du 1^{er} septembre 2010), B._____ (18 octobre 2010) et J._____ (4 octobre 2010). Le Dr P._____ a retenu ce qui suit:

"La symptomatologie neurologique, sous forme d'une dysesthésie et d'une perte de force du MSG [membre supérieur gauche] n'est, selon l'assuré, apparue qu'environ 3 semaines après l'événement.

[...] Le médecin en charge de l'analyse des documents [de l'IRM] précise qu'aucune lésion traumatique récente n'est mise en évidence.

Si on analyse la description de l'événement qui nous occupe, il ne s'agit pas d'un coup du lapin comme mentionné par l'assuré mais d'un choc au niveau de la tête avec torsion de la colonne cervicale. De plus, il y a lieu de considérer qu'il s'agit d'un traumatisme relativement mineur, d'une part parce qu'il s'est déroulé à basse vitesse et, d'autre part, parce que la symptomatologie douloureuse a rapidement diminué après 4-5 jours de consommation d'antalgiques.

Ce n'est qu'après 3 semaines que sont apparues des pertes de sensibilité et de force du MSG dont le type est manifestement neurologique et donc de nature très différente des douleurs initiales. Le mécanisme du traumatisme ne permet d'expliquer ni la formation, ni la taille de cette hernie discale.

En conclusion, la relation de causalité naturelle entre la hernie discale C5-C6 et l'événement qui nous occupe doit être niée. De ce

fait, l'intervention dont a bénéficié l'assuré n'est pas à la charge de la Suva.

De plus, considérant un événement relativement mineur par son intensité et la durée de la symptomatologie douloureuse, nous estimons que le traumatisme a cessé de déployer ses effets entre le 5^{ème} jour et la 3^{ème} semaine post-traumatique".

B. Par décision du 18 mars 2011, la CNA a communiqué à l'assuré qu'elle avait clos le cas au 15 août 2010 en ce qui concernait les suites de l'accident du 27 juillet 2010 au motif que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident mais exclusivement de nature malade (status quo ante vel sine). La CNA a mis fin au versement des prestations d'assurance perçues jusque-là (indemnité journalière et frais de traitement) et a considéré que l'incapacité de travail et le traitement médical étaient désormais à la charge de l'assurance-maladie.

Le 24 mars 2011, le Dr F. _____ a établi un nouveau certificat à la teneur suivante:

"Ce patient a été victime d'un accident le 27 juillet 2010 avec un coup du lapin.

Il a été vu le 8 septembre 2010 et il présentait depuis quinze jours une névralgie cervico brachiale gauche avec hypoesthésie du bras, du premier doigt de la main gauche. Il avait un déficit radial au poignet.

L'IRM mettait en évidence le premier septembre 2010 une hernie C5-C6 gauche volumineuse.

Une intervention a été réalisée le 28 septembre 2010.

Cette intervention est en rapport avec son accident du 27 juillet 2010 et est à prendre en charge à ce titre".

C. Le 4 avril 2011 l'assuré a formé opposition contre la décision du 18 mars 2011. Il a invoqué le fait que son état de santé n'aurait certainement pas présenté la même évolution sans les effets de l'accident du 27 juillet 2010. Il a dès lors contesté le fait que l'incapacité de travail et le traitement consécutifs à l'accident ne soient pas pris en charge par l'assurance-accidents.

Selon la note d'entretien du 9 août 2011 de la CNA, l'assuré a déclaré que le choc qu'il avait subi n'était pas anodin, qu'il avait heurté la barre de l'échafaudage de plein fouet avec le front avant de tomber assis. Il a déclaré qu'il n'était pas convaincu qu'une prise en charge de la CNA apporterait un quelconque bénéfice. La Sécurité sociale française avait assumé les frais médicaux et il avait reçu 90% de son salaire. Il a également déclaré qu'il avait encore quelques douleurs qui revenaient parfois et qu'il prenait alors des calmants durant trois ou quatre jours.

Par lettre du 16 septembre 2011, la CNA a déclaré que l'incapacité de travail n'ayant pas dépassé trois jours, le paiement de l'indemnité journalière était suspendu. Les coûts relatifs au traitement médical seraient directement versés aux fournisseurs de prestations.

Par courrier du 6 octobre 2011, l'assuré a déclaré maintenir son opposition et a indiqué que son arrêt de travail avait duré plus de trois mois et non trois jours comme cela a été retenu dans la décision de la CNA.

D. La CNA a confirmé sa décision du 18 mars 2011 par décision sur opposition du 19 octobre 2011. Elle a maintenu que l'accident du 27 juillet 2010 ne constituait pas la cause naturelle du dommage. Rappelant les exigences médicales et jurisprudentielles autorisant le constat d'un lien de causalité entre un événement accidentel et une hernie discale, elle a relevé que le traumatisme du 27 juillet 2010 était relativement mineur, que l'existence d'un accident par mécanisme du coup du lapin ne pouvait être admise et que la symptomatologie neurologique n'était apparue qu'environ trois semaines après l'accident. Elle confirmait ainsi la fin de ses prestations au 15 août 2010.

E. Par acte du 17 novembre 2011, K._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales contre la décision sur opposition précitée en produisant un nouveau rapport du Dr F._____ du 7 octobre 2011 ainsi qu'un rapport du 15 novembre 2011 du Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

La teneur du rapport du Dr F. _____ était notamment la suivante:

"Ce patient a été victime d'un accident le 27 juillet 2010 avec un coup du lapin.

Il a été vu le 8 septembre 2010 et il présentait depuis quinze jours une névralgie cervico-brachiale gauche avec hypoesthésie du bras, du premier doigt de la main gauche. Il avait un déficit radial au poignet.

[...]

Notre Confrère, le Docteur P. _____ considère qu'il n'y a pas de lien de causalité entre l'incident et la hernie discale.

Il faut quand même noter que Monsieur K. _____ n'avait jamais eu de traumatisme cervical ni de douleurs, ni d'irradiation radiculaire avant cet incident.

Il a eu une douleur modérée à la suite de l'incident, mais on peut rattacher de manière certaine une déchirure discale aux mouvements de torsion de la colonne vertébrale. La hernie discale sur déchirure discale n'est pas forcément un incident concomitant à la manœuvre de torsion mais peut apparaître secondairement. L'intervalle entre l'incident et l'apparition de la névralgie cervico-brachiale est court et l'on doit considérer qu'il y a un lien direct de cause à effet entre l'incident et l'apparition de la hernie discale".

Quant au Dr E. _____, il écrivait ceci:

"Monsieur K. _____ a le 27 juillet 2010 été victime de l'événement suivant selon l'anamnèse:

En rentrant chez lui, il a dû passer sous un échafaudage pour accéder à la porte d'entrée. Comme il pleuvait, il s'est dépêché, ce faisant il s'est relevé trop tôt, c'est-à-dire entre les 2 parties de l'échafaudage de sa position baissée. De ce fait son front a heurté la partie métallique de l'échafaudage. Ce choc l'a déséquilibré et il est tombé en arrière.

Il en est résulté une "bosse" au front et des douleurs à la colonne cervicale.

Comme il disposait d'antalgiques assez puissants en raison de séquelles de hernies discales lombaires, il a pu gérer l'état douloureux sans consulter.

L'évolution initiale favorable n'a pas duré et il a présenté des douleurs intenses au niveau de la colonne cervicale et du membre supérieur gauche.

Les investigations ultérieures ont démontré la présence d'une hernie discale C5-C6 gauche volumineuse.

Le traitement en a été chirurgical avec une évolution favorable.

L'appréciation de l'anamnèse et des faits tels que relevé dans le rapport de la SUVA me semble avoir omis le mouvement de choc lors du relèvement d'une position abaissée, qui fait avec vigueur en raison de la pluie, l'a fait chuter. La tuméfaction du front n'est pas mentionnée.

Il ne semble pas avoir été apprécié que la douleur a été contrôlée avec des médicaments puissants, habituellement non disponibles sans ordonnance, mais qu'il avait en raison de traitement antérieur.

Ces éléments sont de nature à modifier l'appréciation de l'événement initial et du rôle qu'il a pu tenir dans l'évolution ultérieure de la compression neurologique par la hernie discale".

Se fondant sur ces rapports médicaux, l'assuré a retenu l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 27 juillet 2010 et la hernie discale pour conclure qu'"un droit aux prestations de l'assurance-accidents [lui] est reconnu [...] à ce titre".

F. La CNA a soumis le dossier au Centre de compétence de médecine des assurances afin d'analyser si les éléments médicaux fournis après la décision d'opposition étaient de nature à modifier sa prise de position. Le 13 mars 2012, le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu son appréciation médicale. Dans son rapport, le Dr Q._____ a en premier lieu dressé l'anamnèse et le résumé des actes, passant en revue tous les rapports médicaux cités ci-dessus. Il a ensuite rappelé certaines données scientifiques, notamment que le disque intervertébral a pour particularité d'être une structure où sont constatés en absolu les premiers signes de dégénérescence au niveau du corps humain. Bien que sujet à la dégénération et à la fragilisation, le disque intervertébral est néanmoins à la base une structure extrêmement résistante aux contraintes mécaniques. Il présente une résistance aux contraintes supérieure à celle de l'os, comme l'ont démontré plusieurs études biomécaniques. En d'autres termes, lorsqu'un disque n'est pas dégénéré, un traumatisme provoquera plus volontiers une fracture plutôt qu'une lésion discale, telle

une hernie, l'atteinte du disque en concomitance d'une fracture lors d'un trauma étant en revanche naturellement possible.

S'agissant plus précisément de la hernie discale traumatique, le Dr Q. _____ a relevé ceci:

"Si l'atteinte traumatique isolée d'un disque à la base non altéré n'apparaît pas biomécaniquement possible, lorsqu'il existe une fragilité discale, du fait d'une dégénérescence sous-jacente, un traumatisme peut en revanche entraîner une décompensation aiguë de cet état dégénéré et provoquer l'extrusion brusque de matériel discal (*nucleus pulposus*) à travers l'*annulus fibrosus* fragilisé, provoquant ainsi une vraie hernie discale traumatique.

Dans d'autres circonstances, une hernie discale déjà existante peut devenir symptomatique à la suite d'un traumatisme, sans qu'il y ait par ailleurs modification structurelle.

D'un point de vue asséurologique mais également médical, à constatation d'une hernie discale après un évènement traumatique, il incombera de savoir si cette hernie a été provoquée par le traumatisme [...] ou si la hernie était déjà présente à l'état "dormant" et a été rendue symptomatique [...] par le traumatisme.

Afin de considérer un lien de causalité naturelle entre un traumatisme et une hernie discale diagnostiquée, on fait référence aux critères de Krämer, lequel a défini ceux-ci sur base d'un consensus d'experts en la matière.

Ces critères, au nombre de trois et qui doivent être tous respectés pour conclure à une genèse traumatique de la hernie discale sont:

- Un traumatisme adéquat.
- L'apparition tempestive d'une radiculopathie typique en relation avec la localisation herniaire.
- L'absence de symptomatologie préalable à l'accident en rapport avec la hernie discale diagnostiquée.

Par traumatisme adéquat, on entend, en accord avec les considérations biomécaniques déjà évoquées, un traumatisme majeur, comme une chute de plusieurs mètres, une décélération importante, un mécanisme combiné de compression extension, etc. Ainsi, au niveau cervical, un banal "coup du lapin" avec faible Δv ne saurait être considéré comme un traumatisme adéquat, au contraire d'un plongeon dans une piscine vide, pour donner un autre exemple de traumatisme malheureusement classique du rachis cervical.

Relativement au deuxième critère, Krämer retient qu'il est vérifié lorsque la radiculopathie, qu'elle soit déficitaire ou irritative, est constatée dans les 48 à 72 heures suivant le traumatisme. Prestar considère quant à lui la possibilité d'une apparition différée (jusqu'à une semaine au maximum), de la symptomatologie radiculaire, soulignant cependant que, dans ce cas, l'intervalle avant l'apparition

de la radiculopathie est caractérisé par un syndrome vertébral majeur, nécessitant de règle une hospitalisation mais tout au moins une suspension de toute activité physique.

Si ces critères de Krämer ont une visée assécurologique, ils se fondent pourtant sur des données médicales bien établies. Le premier critère traduit ainsi ce qui a pu être constaté à travers les études biomécaniques et le second critère est conforme aux nombreuses observations cliniques établissant une relation positive entre la gravité de la souffrance radiculaire et la rapidité de l'extrusion discale. Quant au troisième critère, il est évident que la présence de symptômes préalables signe la préexistence de la hernie discale constatée.

[...]"

Le Dr Q. _____ a ensuite discuté du cas de l'assuré:

"Relativement aux circonstances traumatiques, on ne remettra absolument pas en doute le fait que M. K. _____ aura fortement tapé la tête et aura eu mal. Comme on peut le reconstituer, le traumatisme a entraîné une compression axiale du rachis cervical, laquelle a dû s'accompagner d'un élément de distorsion sous forme d'hyperextension, en considération d'un impact antérieur, c'est-à-dire au niveau frontal. On admettra également que le choc frontal aura provoqué une ecchymose, quand bien même cet élément a été fourni tardivement dans l'anamnèse, mais on pourra en tout cas retenir qu'il n'y a pas eu plaie et que l'ecchymose devait être modérée puisqu'elle avait apparemment complètement disparu lors de la première consultation médicale.

Dans ces conditions, on ne peut retenir que le traumatisme ait été majeur, respectivement adéquat pour provoquer une hernie discale traumatique aiguë. Ainsi, le premier critère n'apparaît pas suffisamment vérifié et une causalité naturelle entre hernie discale constatée et traumatisme ne peut d'emblée pas être retenue.

L'analyse du deuxième critère de Krämer chez M. K. _____ exclut de manière encore plus péremptoire un quelconque lien de causalité naturelle entre hernie discale et accident. En effet, les suites traumatiques ont été caractérisées par un syndrome vertébral modéré, de résolution rapide après prise de médication antalgique, nonobstant un status cervicarthrosique modéré sous-jacent, état sous-jacent susceptible généralement de ralentir la récupération fonctionnelle.

Le fait que le traitement antalgique ait été puissant (le Dr E. _____ ne spécifie cependant pas de manière plus précise de quel médicament il s'agit), n'apparaît pas déterminant puisque de toute façon cette thérapie a pu être rapidement cessée et que l'assuré n'a pas retenu nécessaires d'autres mesures médicales, continuant par ailleurs son activité professionnelle sans difficultés particulières référées.

L'anamnèse révèle ainsi clairement qu'il y a eu un intervalle libre prolongé, certainement supérieur à deux semaines, avant l'apparition de la radiculopathie en rapport avec la hernie discale par la suite diagnostiquée par examen IRM du 1^{er} septembre 2010.

L'apparition différée de la radiculopathie, précédée d'un intervalle libre de symptômes, doit faire nier la possibilité que le traumatisme ait provoqué la hernie discale.

Relativement au troisième critère, on notera que celui-ci n'a fait l'objet d'aucune enquête spécifique. Le certificat médical du 7 octobre 2011 établi par le Dr F. _____ semble toutefois accréditer l'absence de symptômes préalables. La vérification de ce seul critère n'est cependant pas suffisante et correspond isolément à un simple raisonnement de type *post hoc ergo propter hoc*.

En matière d'antécédents, on notera toutefois que l'assuré est, selon ce qui est référé dans le rapport du Dr E. _____, affecté de discopathie lombaire. Dans ces conditions, on peut suspecter une certaine prédisposition aux discopathies chez ce patient et on ne sera donc pas surpris en l'occurrence de constater une discopathie en C5-C6, siège préférentiel des discopathies cervicales dégénératives.

Pour justifier l'apparition tardive de la radiculopathie, le Dr F. _____ a évoqué la possibilité d'une rupture de l'anneau fibreux en raison du traumatisme, suivi d'une extrusion différée du matériel discal à travers cette déchirure. Si la notion de rupture de rate en deux temps est encore acceptée bien que discutée en sémiologie médicale, il n'en est pas de même d'une hypothétique rupture en deux temps du disque intervertébral, aucune littérature scientifique n'évoquant une telle entité à ma connaissance.

Le fait qu'on constate une déchirure de l'anneau fibreux n'implique d'autre part absolument pas la nécessité d'un traumatisme. En effet, s'il existe encore des doutes sur les facteurs prépondérants dans la genèse de la dégénérescence discale, la séquence histopathologique de cette dégénérescence est en revanche extrêmement bien connue.

D'un côté, le *nucleus pulposus* présente une perte de ses capacités élastiques par perte des molécules assurant sa forte hydrophilie (protéoglycans). Parallèlement, des produits de dégradation s'accumulent entre les fibres de l'*anulus fibrosus*, provoquant des micro-déchirures. La vacuolisation progressive de l'anneau fibreux par l'accumulation des produits de dégradation entraîne ensuite des déchirures macroscopiques, à travers lesquelles le *nucleus pulposus* altéré pourra extruder. La constatation d'une déchirure de l'anneau fibreux est donc une trouvaille banale en cas de discopathie et n'implique absolument pas une genèse traumatique.

Ayant pu exclure, sur la base des éléments anamnestic-cliniques fournis, avec une probabilité proche de la certitude, que la hernie discale constatée en C5-C6 chez M. K. _____ ait été provoquée par le traumatisme, il reste à définir si ce traumatisme aurait éventuellement pu décompenser symptomatiquement cette hernie

discale, ce qui aurait pu motiver une prise en charge au-delà de ce qui a été retenu médicalement et administrativement par la Suva.

En l'occurrence pourtant, cette possibilité doit également être niée, puisqu'initialement aucun symptôme référé ne permet d'évoquer un problème radiculaire et qu'on ne peut pas, pour ce qui a été reporté, considérer des symptômes de pont entre la disparition des cervicalgies initiales et l'apparition, apparemment relativement aiguë, de la cervicobrachialgie gauche. Au contraire, il est décrit un intervalle libre clair, justifiant pleinement la définition d'un status quo précoce, comme préconisé par le Dr P._____".

Le Dr Q._____ retient finalement que la CNA a nié avec raison sa responsabilité dans la prise en charge d'une cervico-brachialgie aiguë sur hernie discale C5-C6 gauche, apparue presque un mois après un traumatisme indirect axial et d'hyperextension de la colonne cervicale, mineur à modéré, ayant entraîné une symptomatologie cervicalgique de courte durée, parfaitement jugulée par un traitement antalgique également de courte durée.

G. Dans sa réponse du 14 mars 2012, la CNA, se basant notamment sur l'avis du Dr Q._____, a conclu au rejet du recours.

H. Invité à répliquer, le recourant s'est limité, par lettre du 14 juin 2012, à maintenir son recours.

E n d r o i t :

1. 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 (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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile. Il l'a été auprès du tribunal compétent, le dernier employeur suisse de l'assuré étant domicilié à Nyon (art. 58 al. 2 LPGA). Enfin, le recours respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le point de savoir si la hernie discale présentée par le recourant, et donc son traitement et ses suites, sont en relation de causalité naturelle avec l'accident du 27 juillet 2010 et par conséquent, si l'intimée était fondée à cesser au 15 août 2010 la prise en charge des suites de cet accident.

3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA).

a) 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 suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

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 (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références citées). En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. En l'absence de preuves, la décision est défavorable à la partie qui entend déduire un droit d'une circonstance dont l'existence n'est pas établie (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références citées); 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"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1).

b) S'agissant d'atteintes de type hernie discale, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser à plusieurs reprises que pratiquement toutes ces lésions s'insèrent, selon l'expérience médicale, 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. Ainsi selon la Haute Cour, 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 (TF 8C_659/2007 du 27 mars 2008 consid. 3.1 et les références citées; TF 8C_402/2010 du 8 mars 2011 consid. 3.2). Sont ainsi propres à provoquer la survenance d'une hernie discale, selon la jurisprudence qui se réfère à cet égard à la pratique médicale, des événements tels que chute libre d'une hauteur importante, saut de 10 mètres de hauteur, chute notamment avec port de charges, ou encore télescopage à grande vitesse (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.2 et la référence).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351 consid. 3a).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a précité). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées).

Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/cc). 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).

4. En l'espèce, le recourant soutient que l'apparition de la hernie discale est en lien direct avec l'accident du 27 juillet 2010, considérant

que ce dernier a été d'une gravité particulière et que les symptômes d'une hernie discale sont apparus immédiatement. L'intimée nie le lien de causalité naturelle allégué par le recourant.

La jurisprudence du Tribunal fédéral et la doctrine médicale citées par le Dr Q. _____ posent trois conditions, dont deux identiques, pour admettre une relation de causalité entre un accident et une hernie discale.

En ce qui concerne le premier critère, commun à la jurisprudence et à la doctrine médicale, soit l'importance particulière de l'accident, il convient de retenir, sur la base des déclarations de l'assuré, que ce dernier s'est déroulé à la vitesse du pas, que l'assuré a heurté du front un échafaudage, le choc provoquant une ecchymose ainsi que des douleurs dorsales. La tuméfaction devait être modérée puisqu'elle avait disparu lors de la première consultation médicale du 28 août 2010. Quant aux douleurs consécutives au choc, elles se sont estompées après quatre à cinq jours d'auto-traitement antalgique. Il sera encore rappelé que l'assuré n'a pas jugé utile de consulter un médecin ensuite de cet accident. Par ailleurs, aucun des certificats ou appréciations médicales fournis par le recourant n'apportent d'éléments permettant de qualifier l'accident de particulièrement important. Le premier critère n'est donc pas réalisé.

S'agissant du deuxième critère jurisprudentiel, soit un accident de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral, il est manifeste que l'accident vécu par l'assuré n'entre pas dans la catégorie des traumatismes majeurs cités par la jurisprudence sur la base de la pratique médicale (cf. consid. 3b in fine). En effet, la relation de l'accident par l'assuré à la CNA comme les rapports médicaux produits par l'intéressé font plutôt état d'un événement traumatique modéré, cette gradation étant au demeurant confirmée par l'absence de plaie, l'atténuation des douleurs en quelques jours et la poursuite de l'activité professionnelle. Le Dr F. _____ évoque également une douleur modérée dans son rapport du 7 octobre 2011. L'assuré a certes allégué avoir été victime d'un "coup du

lapin", sans cependant en faire la démonstration. La description de l'accident, laquelle indique clairement qu'il y a eu un choc au niveau de la tête avec torsion de la colonne vertébrale, ne correspond pas au mécanisme d'un tel traumatisme. Sur ce point, on rappellera au demeurant que le Dr Q._____ a précisé qu'un banal "*coup du lapin*" avec faible Δv ne saurait être considéré comme un traumatisme adéquat à la survenance d'une hernie discale.

En ce qui concerne le troisième critère, commun à la jurisprudence et à la doctrine médicale, soit l'apparition immédiate des symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire), on rappellera préliminairement la littérature médicale citée par le Dr Q._____ retenant une cause traumatique à une hernie discale lorsque la radiculopathie est constatée dans les 48 à 72 heures (Krämer), au plus dans la semaine (Prestar) suivant l'événement traumatique. En l'occurrence, l'assuré a déclaré à la CNA qu'environ trois semaines après l'accident, les douleurs aux cervicales étaient réapparues, se péjorant dans l'épaule, le bras, la main gauche, avec perte de sensibilité et de force au niveau de tous les doigts de la main gauche. Le diagnostic de névralgie cervicobrachiale a été posé pour la première fois lors de la consultation du 28 août 2010 auprès du Dr B._____ du centre hospitalier de [...]. Il est confirmé par le Dr F._____ lors de la consultation du 8 septembre 2010, ce praticien relevant dans l'anamnèse la survenance de la névralgie cervicobrachiale quinze jours auparavant. La concordance de ces indications temporelles autorisent à penser que les premiers symptômes de la névralgie cervicobrachiale sont apparus dans les quelques jours précédant la première consultation du 28 août 2010, soit effectivement environ trois semaines après l'accident. Ce délai est sensiblement supérieur à celui considéré comme pertinent par la doctrine médicale pour attribuer une origine traumatique à une hernie discale.

Le Dr F._____ fait certes état de la possibilité de l'apparition différée de la hernie discale suite à une déchirure discale, considérée elle comme certaine et consécutive au mouvement de torsion de la colonne vertébrale. Il considère que l'intervalle entre l'incident et l'apparition de la

névralgie cervico-brachiale est court et qu'en conséquence, il existe un lien direct de cause à effet entre cet incident et l'apparition de la hernie discale. Selon le Dr Q._____, l'hypothétique rupture en deux temps du disque intervertébral n'est pas à ce jour étayée scientifiquement et le Dr F._____ se limite à une affirmation, sans l'étayer par quelque littérature médicale ou autre démonstration. Par ailleurs, le Dr Q._____ explique de façon détaillée et convaincante dans son rapport les raisons pour lesquelles la constatation d'une déchirure de l'anneau fibreux est une trouvaille banale en cas de discopathie et n'implique absolument pas une genèse traumatique. A cet égard, on ne saurait admettre l'existence du lien de causalité naturelle au seul motif que l'affection en cause est apparue après, ce qui reviendrait à se fonder sur l'adage "post hoc ergo propter hoc" - lequel ne permet pas, selon la jurisprudence citée ci-dessus, d'établir l'existence d'un tel lien (consid. 3a).

Les éléments au dossier ne suffisent pas à déterminer si le troisième critère exclusivement médical, soit l'absence de symptomatologie préalable à l'accident en rapport avec la hernie discale diagnostiquée, est ou non réalisé. Notamment, le Dr B._____ mentionne une cervicarthrose préexistante et le Dr E._____ une discopathie lombaire alors que le Dr F._____ relève l'inexistence de traumatisme cervical, douleurs ou irradiation radiculaire avant l'accident. En l'espèce, cette incertitude demeure sans incidence. En effet, ce troisième critère n'est pas repris par la jurisprudence fédérale d'une part et d'autre part, il sera rappelé que les trois critères médicaux retenus par la doctrine médicale pour conclure à une genèse traumatique de la hernie discale sont cumulatifs et non alternatifs. Or, comme vu ci-dessus, les deux premiers critères (traumatisme adéquat et survenance à brève échéance d'une radiculopathie typique en relation avec la localisation herniaire) ne sont pas réalisés.

Aucune des conditions exigées tant par la jurisprudence que par la doctrine médicale n'étant remplie, l'intimée pouvait tenir pour établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'atteinte litigieuse n'avait pas une origine traumatique.

5. Selon la jurisprudence, 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 (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.1 et les références citées).

En l'espèce, il ressort du rapport du Dr Q._____ qu'aucun des symptômes initiaux ne permet d'évoquer un problème discogène aigu d'une part et d'autre part, qu'il existe un intervalle libre clair entre la disparition des cervicalgies initiales et l'apparition, apparemment relativement aiguë, de la cervicobrachialgie gauche. Cette appréciation se fonde sur l'anamnèse de l'accident et des symptômes subséquents, telle que ressortant des déclarations de l'assuré. Elle n'est donc pas sujette à critique et au demeurant, n'est pas discutée par l'assuré dans son recours, ni dans le cadre des rapports médicaux produits par lui. Cela étant, on ne saurait retenir que l'accident du 27 juillet 2010 aurait pu décompenser symptomatiquement une hernie discale préexistante.

6. Faute de lien de causalité naturelle entre l'accident du 27 juillet 2010 et la hernie discale et en présence d'une résolution rapide des symptômes consécutifs à l'accident, c'est à juste titre que l'intimée a cessé au 15 août 2010 la prise en charge des suites de l'accident.

7. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Le présent arrêt est rendu sans frais, la procédure étant gratuite pour les parties (art. 61 let. a LPGA).

Compte tenu de l'issue du litige, il n'est pas alloué d'indemnité à titre de dépens (art. 55 al. 1 et 56 al. 3 LPA-VD).

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

prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 19 octobre 2011 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Le présent arrêt est rendu sans frais ni dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- K. _____
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- Office fédéral de la santé publique

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).

Le greffier :