

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 mai 2017

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente  
Mme Rothenbacher, juge et M. Bonnard, juge assesseur  
Greffière : Mme Rochat

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**S.**\_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**D.**\_\_\_\_\_, à Lucerne, intimée.

---

**Art. 4 et 6 LPGA ; 6 et 16 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** S.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1978, est employé depuis le 13 avril 2015 en qualité de manœuvre en bâtiment auprès de la société [...]. A ce titre, il est assuré contre les risques d'accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA).

Le 6 octobre 2015, l'assuré a chuté sur son épaule droite, dans le cadre de son travail. Sous traitement conservateur, l'évolution a été favorable et l'assuré a rapidement repris son travail.

Par déclaration d'accident LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) daté du 9 octobre [recte : novembre] 2015 adressée à la CNA, l'employeur a annoncé que l'assuré s'était blessé à l'épaule le 4 novembre 2015, l'événement étant décrit comme suit : "*En descendant les marches à mon domicile pour aller au travail je suis tombé dans l'escalier et [j'ai] l'épaulée déboitée*". L'intéressé était de ce chef en incapacité de travail totale depuis ce jour.

L'assuré a été pris en charge dans un premier temps par [...] à [...], où le diagnostic de contusion de l'épaule gauche a été posé.

Dans un rapport du 17 décembre 2015, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a diagnostiqué des douleurs d'origine x au niveau du membre supérieur gauche d'origine post-traumatique. Il n'a mis en évidence aucune pathologie au niveau des tendons de la coiffe des rotateurs, ne pouvant toutefois pas exclure un problème du tendon long chef du biceps. Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a demandé la réalisation d'une arthro-IRM ainsi qu'une IRM de la colonne cervicale, en raison d'une possible discrète atteinte du nerf axillaire, voire de la racine C5. Il a souligné que l'examen de l'assuré était difficile, celui-ci faisant preuve de beaucoup de manifestation d'origine extra-somatique.

Le 18 décembre 2015, l'assuré a effectué une arthro-IRM de l'épaule gauche, qui a révélé une coiffe des rotateurs intacte. Selon le Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, l'assuré ne présentait pas de déchirure au niveau d'ancrage du biceps.

Le 21 décembre 2015, l'assuré a bénéficié d'une IRM de la colonne cervicale, laquelle a montré une discopathie bifocale du rachis cervical avec hernie discale paramédiane gauche et droite C5-C6 avec rétrécissement sévère des deux trous de conjugaison et mise à l'étroit des deux racines C6 ainsi qu'une déformation du cordon médullaire avec canal cervical étroit, sans signe de souffrance du cordon. La Dresse G.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a également signalé une protrusion discale médiane et paramédiane droite C3-C4 sans répercussion franche sur le cordon médullaire et rétrécissement du trou de conjugaison droit de façon modérée ainsi qu'une possible irritation du nerf C4 droit.

Le Dr X.\_\_\_\_\_, médecin au [...], a reçu l'assuré en consultation d'urgence le 21 décembre 2015, à la suite de l'IRM du même jour, en l'absence du Dr Z.\_\_\_\_\_ et du Dr K.\_\_\_\_\_, médecin traitant. Il a relevé l'absence de lésion de la coiffe des rotateurs et mis en évidence deux hernies discales cervicales (C4-C5 et C5-C6), à l'origine probablement des douleurs signalées par l'assuré.

Dans son rapport du 22 janvier 2016, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a indiqué au Dr K.\_\_\_\_\_ que l'IRM du 21 décembre 2015 n'avait pas mis en évidence de pathologie au niveau de l'épaule. On trouvait par contre une discopathie bifocale du rachis cervical avec hernie discale paramédiane gauche et droite, faisant plutôt penser que la symptomatologie venait de la colonne cervicale. Il recommandait une évaluation neurochirurgicale, cet avis étant au demeurant partagé par le Dr X.\_\_\_\_\_.

Compte tenu de l'échec du traitement conservateur proposé à l'assuré, ce dernier a bénéficié d'une infiltration le 2 mars 2016 pratiquée par le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie.

Dans son rapport du 29 mars 2016, le Dr W.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a fait les observations suivantes:

"La problématique dans ce dossier réside sur le fait que les premiers éléments médicaux ne mentionnent nullement une pathologie cervicale ainsi que des cervico-brachialgies. De plus la topographie des lésions structurelles sur l'IRM ne sont pas en corrélation positive avec les constatations cliniques et hypothèses étiologiques mentionnées dans le rapport médical du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 14 et 16 décembre 2015. En l'état il faut donc refuser la causalité".

Par décision du 19 avril 2016, la CNA a refusé de verser les prestations d'assurance pour les troubles de la colonne cervicale au motif qu'aucun lien de causalité ne pouvait être établi entre l'événement dommageable du 4 novembre 2015 et les lésions constatées. S'agissant des lésions à l'épaule gauche, elles ne justifiaient plus d'incapacité de travail ni de traitement médical de sorte qu'il était mis fin à toutes prestations au 24 avril 2016.

Par courrier du 3 mai 2016, l'assuré a formé opposition à la décision du 19 avril 2016. Selon lui, les troubles de la colonne cervicale dont il souffrait étaient en lien avec l'accident du 4 novembre 2015, ce d'autant qu'il n'avait jamais eu de problème de santé avant cet événement. Il a produit en outre les documents suivants :

- un rapport du 6 avril 2016 établi par le Dr C.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, à l'attention du Dr H.\_\_\_\_\_. Ce médecin met en évidence un syndrome radiculaire irritatif avec minime déficit sensitif C6 gauche sur hernie discale probablement post-traumatique.
- un certificat médical du 21 avril 2016 établi par le Dr C.\_\_\_\_\_, lequel atteste une incapacité de travail de 100% du 21 avril au 18 mai 2016.
- un rapport du 3 mai 2016 établi par le Dr H.\_\_\_\_\_ au Dr K.\_\_\_\_\_, dont le contenu est le suivant: "je te remercie de m'avoir adressé le patient susnommé qui souffre de

cervicoscapulalgies G apparues depuis le 04.11.2015 suite à une chute à son domicile avec choc sur la nuque. Toute suite après la chute les cervicalgies et les brachialgies sont apparues avec un sentiment de brûlures jusque dans le pouce G. Il rapporte une diminution de la force au niveau du bras G, en partie algique, associée à une perte de la masse musculaire de l'épaule G et du triceps bras G. L'IRM cervicale montre une HD C5-C6 circonférentielle entraînant un comblement partiel du foramen G" [...].

- un rapport du 3 mai 2016 du Dr H. \_\_\_\_\_ au Dr C. \_\_\_\_\_, lequel a fait les observations suivantes : *"la symptomatologie étant résistante aux traitements conservateurs un bilan radiologique de l'épaule et de la nuque (IRM) ont été pratiquée le 21 décembre 2015, qui ont mis en évidence une HD C5-C6 paramédiane et foraminales G, ainsi qu'une protrusion discale de C3-C4 paramédiane D. Au vu de la persistance des cervicobrachialgies G associées à des paraesthésies de topographie C6-C7 et à une diminution de la force lors de la flexion du coude, en partie algique, le patient m'a été adressé pour des infiltrations. J'ai pratiqué à deux reprises des infiltrations au niveau C5-C6 facettaire et foraminales qui n'ont atténué que partiellement et transitoirement les douleurs. Dans ces conditions, je pense que l'option neurochirurgicale doit être envisagée"*.

L'assuré a subi une intervention chirurgicale le 18 mai 2016 pratiquée par le Dr C. \_\_\_\_\_ visant l'abord cervical antérieur droit et la décompression transdiscale avec ablation d'une hernie discale C5-C6 bilatérale et la mise en place d'une cage intersomatique.

Dans une appréciation médicale du 1<sup>er</sup> juillet 2016, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a fait état de la situation suivante:

" On peut conclure que l'assuré a fait une première chute le 06.10.2015 après avoir glissé dans les escaliers. Il avait des douleurs à l'épaule D qui ont rapidement disparu.

L'assuré a fait une deuxième chute de sa hauteur le 04.11.2015. Il est parti en arrière, il a mis sa main G derrière pour se rattraper. Il a

senti des douleurs au bras et à l'épaule G. Il a été traité pour un traumatisme de l'épaule G à [...].

L'examen arthro-IRM de l'épaule G du 18.12.2015 sans lésion d'origine traumatique, il s'est avéré dans la limite de la norme.

Une IRM de la colonne cervicale du 21.12.2015 a montré des troubles dégénératifs avec une hernie discale paramédiane G et D C5-C6, un rétrécissement sévère des deux trous de conjugaison, une protrusion discale médiane et paramédiane C3-C4.

Il n'y pas de lien de causalité pour le moins probable entre les troubles dégénératifs de la colonne cervicale et les événements du 06.10.2015 et du 04.11.2015. Une simple chute n'est pas susceptible de provoquer une hernie discale cervicale et encore moins un rétrécissement arthrosique des trous de conjugaison. Ces lésions sont typiquement d'origine dégénérative".

Le Dr C.\_\_\_\_\_ a revu l'assuré le 4 juillet 2016 pour un contrôle post-opératoire. Dans son rapport du 6 juillet 2016 au Dr K.\_\_\_\_\_, il a indiqué que l'évolution était favorable, l'assuré pouvant reprendre ses activités professionnelles dès le 16 août 2016.

Par décision sur opposition du 19 juillet 2016, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 19 avril 2016. En substance, elle a rappelé les constatations des Drs W.\_\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_\_ des 29 mars et 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour nier l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 4 novembre 2015 et les pathologies retrouvées au niveau de la colonne cervicale.

**B.** Par acte du 18 août 2016, S.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 19 juillet 2016. Il maintient que l'accident du 4 novembre 2015 a provoqué une atteinte importante à sa santé. Il soutient par ailleurs que ses médecins traitants ont confirmé le caractère accidentel de l'atteinte, laquelle avait au demeurant nécessité une opération de l'épaule gauche. Il a produit un lot de pièces.

Le 6 septembre 2016, la CNA a transmis l'acte de recours et ses annexes, que le recourant lui avait également adressé, à la Cour de céans comme objet de sa compétence.

L'intimée a produit sa réponse au recours le 11 octobre 2016, en proposant le rejet. Elle a observé que les rapports médicaux produits à l'appui du recours étaient déjà connus et que c'était d'ailleurs sur la base de ceux-ci que le médecin d'arrondissement avait pris position le 1<sup>er</sup> juillet 2016. Elle a renvoyé pour le surplus à sa décision du 19 juillet 2016.

Le recourant n'a pas donné suite à la prolongation de délai qui lui a été accordée à sa demande le 16 novembre 2016.

### **E n d r o i t :**

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

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

**c)** Le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**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)** En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurances-accidents au-delà du 24 avril 2016 en ce qui concerne les lésions à l'épaule gauche en lien avec l'accident du 4 novembre 2015. Il s'agit également de déterminer si l'atteinte de la colonne cervicale présentée par le recourant, et donc son traitement et ses suites, est en relation de causalité avec l'accident du 4 novembre 2015.

**3. a)** Selon 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 ou de maladie professionnelle. Conformément à l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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. 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).

**b)** Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré

a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Est réputée incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA toute perte, totale ou partielle, d'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

**c)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, 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 également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs 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 permette 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

**4.** En l'occurrence, l'état de santé du recourant était stabilisé en ce qui concerne les lésions présentées à l'épaule gauche au moment où l'intimée a mis fin au paiement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical. En effet, le Dr Z. \_\_\_\_\_ n'a certifié aucune incapacité de travail en lien avec les troubles de l'épaule au-delà du 3 février 2016 et a d'ailleurs conclu, dans un rapport du 22 janvier 2016, que l'assuré ne présentait aucune pathologie à cet endroit. Cet avis se fondait sur l'arthro-IRM de l'épaule gauche du 18 décembre 2015 pratiquée par le Dr I. \_\_\_\_\_, qui avait révélé une coiffe des rotateurs intacte et l'absence de toute déchirure au niveau d'ancrage du biceps. Dans ce W. \_\_\_\_\_, ainsi que celle du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> juillet 2016, auxquelles l'intimée s'est ralliée, ne prête pas le flanc à la critique, ce d'autant que le recourant ne conteste pas véritablement la stabilisation de son état de santé au 24 avril 2016 en lien avec les troubles de l'épaule

gauche ni la valeur probante des avis susmentionnés. On confirmera donc la décision litigieuse sur ce point.

**5. a)** Reste à examiner si l'atteinte à la colonne cervicale présente un lien de causalité avec l'accident du 4 novembre 2015 et partant, si son traitement et ses suites sont à charge de l'assurance-accidents.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement 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 évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il faut et il suffit que l'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C\_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc" ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré (TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2).

Savoir si l'évènement 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. 31 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_21/2016 précité loc. cit. et 8C\_734/2015 du 18 août 2016 consid. 6.1 [non publié à l'ATF 142 V 435]). Si l'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 de l'assuré 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\_794/2014 du 3 décembre 2015 consid. 4.2 et la référence citée ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 107 p. 930).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

**6.** En l'occurrence, l'intimée a considéré dans la décision attaquée que les atteintes à la colonne cervicale du recourant ne présentaient aucun lien de causalité avec l'événement du 4 novembre 2015, de sorte que son traitement, et en particulier l'opération du 18 mai 2016, n'étaient pas sa charge. Elle s'est essentiellement fondée sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, le Dr Q.\_\_\_\_\_, pour justifier sa position. Ce dernier s'est référé à l'IRM de la colonne cervicale du 21 décembre 2015, qui a montré une hernie discale paramédiane gauche et droite en C5-C6, un rétrécissement sévère des deux trous de conjugaison, une protrusion discale médiane et paramédiane C3-C4. Selon

lui, il s'agit de troubles dégénératifs, excluant tout lien de causalité avec les événements du 6 octobre et du 4 novembre 2015. Il soutient qu'une simple chute n'est pas susceptible de provoquer une hernie discale cervicale et encore moins un rétrécissement arthrosique des trous de conjugaison. L'avis du médecin d'arrondissement n'est contredit par aucun élément au dossier.

On soulignera par ailleurs que 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. Ainsi, 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 (RAMA 2000 no U 378 p. 190 consid. 3 ; TF 8C\_467/2007 du 25.10.2007). En l'occurrence, l'événement du 4 novembre 2015 ne répond manifestement pas à la définition de l'accident d'une importance particulière et appropriée pour causer une lésion des disques, alors que le recourant, en tombant en arrière, s'est rattrapé avec son bras gauche. Par ailleurs, l'origine traumatique de la hernie peut être exclue dans la mesure où il n'apparaît pas que les symptômes caractéristiques de l'atteinte (syndrome radiculaire ou vertébral) soient apparus immédiatement après le traumatisme. Les Dr H.\_\_\_\_\_ et C.\_\_\_\_\_ rapportent certes des cervicalgies et des brachialgies qui seraient apparues tout de suite après la chute (rapport du 3 mai 2016 établi par le Dr H.\_\_\_\_\_) ou quelques heures plus tard (rapport du 6 avril 2016 établi par le Dr C.\_\_\_\_\_). Ces constats ne sont toutefois corroborés par les observations des médecins qui ont traités l'intéressé immédiatement après la chute ou dans le mois qui a suivi. En effet, les Drs [...], spécialiste en chirurgie orthopédique et [...], médecin-assistant, qui ont pris en charge le recourant à [...] après sa chute, ne rapportent qu'"une douleur et impression que l'épaule gauche est sortie",

sans paresthésie ni autre plainte. Le Dr Z.\_\_\_\_\_, qui a reçu l'assuré à sa consultation du 17 décembre 2015, ne mentionne pas non plus de pathologie cervicale ni de cervico-brachialgies. On se fiera dès lors à ces premiers rapports médicaux pour retenir que les troubles neurologiques décrits par les Dr C.\_\_\_\_\_, et H.\_\_\_\_\_, ont été observés après une certaine latence, propre à rompre tout lien de causalité avec l'événement du 4 novembre 2015.

En définitive, c'est à juste titre que l'intimée, se fondant sur l'avis du médecin d'arrondissement, a mis fin aux prestations d'assurance au 24 avril 2016 s'agissant de l'atteinte à l'épaule gauche et a nié tout lien de causalité entre l'événement du 4 novembre 2015 avec la pathologie cervicale présentée par le recourant.

**7. a)** Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause et n'est au demeurant pas représenté par un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision sur opposition rendue le 19 juillet 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

**III.** Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- S. \_\_\_\_\_,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :