

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 octobre 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Oppikofer, assesseur
Greffière : Mme Berseth Béboux

Cause pendante entre :

A. _____, au [...], recourante,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey

Art. 4 LPGA, 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assuré), né en [...], travaille depuis [...] en qualité de professeur pour le compte de [...] (ci-après : l'employeur). A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Il bénéficie également d'une couverture obligatoire des soins auprès A._____ (ci-après : A._____ ou la recourante).

Le 11 juillet 2015, l'assuré a chuté alors qu'il pratiquait du wakeboard sur le lac Léman. Le 24 juillet 2015, il a consulté le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, auquel il a signalé une hyperextension de la tête et l'apparition de paresthésie des membres supérieurs. Le Dr G._____ a retenu le diagnostic de contusion médullaire, tout en précisant que son patient ne présentait pas d'incapacité de travail (cf. rapport du Dr G._____ de 11 juillet 2016 à l'attention de la CNA).

Dans une déclaration d'accident bagatelle du 28 juillet 2015, l'employeur a indiqué que l'assuré s'était blessé à la colonne cervicale et au dos. S'agissant du déroulement de l'accident, il a précisé que l'assuré avait subi une chute violente sur l'eau en faisant du wakeboard et avait signalé une sensation immédiate de picotement dans les mains ainsi qu'une douleur de type choc électrique dans le dos. La douleur n'avait pas disparu dans les deux semaines suivantes, en présence d'une paresthésie dans la région du nerf ulnaire et de douleurs dorsales.

Aux termes d'un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale établi le 29 juillet 2015 par les Drs X._____ et M._____, spécialistes en radiologie, l'assuré présentait un rétrécissement canalaire dégénératif C5-C6 avec possible myélopathie focale cervicarthrosique paramédiane gauche antérieure ainsi que des remaniements dégénératifs étagés entraînant des sténoses foraminales de

C3-C4 à C5-C6. Par contre, l'investigation avait permis d'exclure toute lésion disco-vertébrale post-traumatique récente visible.

Par courrier du 30 juillet 2015, la CNA a confirmé la prise en charge des suites de l'événement du 11 juillet 2015.

Le 11 avril 2016, l'assuré a consulté le Dr B._____, spécialiste en neurochirurgie, dans le cadre d'un contrôle neuf mois après l'accident. Dans un rapport du 19 avril 2016, le Dr B._____ a constaté une récupération complète, précisant que le patient n'avait pas de plainte, qu'il se sentait tout à fait normal et qu'il ne suivait pas de traitement. Le Dr B._____ a fait procéder à une IRM de la colonne cervicale, laquelle a mis en exergue un complexe disco-ostéophyttaire C4-C6 avec compression médullaire. Il a préconisé une intervention chirurgicale par ACDF (Anterior cervical discectomy and fusion), proposition au sujet de laquelle l'assuré a souhaité obtenir un deuxième avis.

Dans cette optique, l'assuré a sollicité le Prof. L._____, neurochirurgien au R._____, lequel a confirmé l'indication chirurgicale. Le 31 mai 2016, le Prof. L._____ et son confrère le Dr E._____ ont procédé à une décompression micro-neurochirurgicale et spondylodèse en C5-C6, avec interposition d'une cage intersomatique cervicale de type Hygro-C (cf. rapport opératoire du 31 mai 2016). R._____ a délivré un certificat d'incapacité de travail à 100% du 30 mai au 30 juin 2016, sous la plume du Dr H._____. Dans un rapport de sortie du 31 mai 2016 au Dr G._____, les Drs W._____, Z._____ et H._____ ont indiqué que compte tenu de la myélopathie existante, l'opération avait été proposée à titre prophylactique, afin d'éviter l'aggravation des plaintes, précisant que l'assuré était toujours asymptomatique.

Sollicitée par l'employeur pour la prise en charge de l'intervention chirurgicale du 31 mai 2016 et de l'incapacité de travail qui s'en est suivie, la CNA a soumis le cas à l'appréciation du Dr Y._____, spécialiste en neurologie auprès de son Centre de compétences à Lucerne. Dans une appréciation neurologique du 13 octobre 2016, le Dr Y._____ a

estimé que les troubles aux cervicales pour lesquels l'assuré avait été opéré n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 11 juillet 2015. Le Dr Y. _____ a conclu son évaluation en ces termes :

« La chute du 11.07.2015 a entraîné une aggravation transitoire d'un état antérieur de nature dégénérative affectant le rachis cervical de l'assuré. Tant les douleurs de la région dorsale que les troubles sensitifs des extrémités supérieures ont complètement disparu. Le status quo sine était atteint d'un point de vue clinique au plus tard le 11.04.2016, date de la consultation ambulatoire chez le Dr B. _____, mais vraisemblablement antérieurement à cette date.

La progression de la myélopathie cervicale en C5-C6, documentée par les examens d'imagerie, ne résulte pas de l'événement accidentel, au degré de la vraisemblance prépondérante. Selon les explications émanant du Pr. W. _____, médecin-chef du Service de neurochirurgie de R. _____, l'opération n'a été réalisée que pour prévenir l'aggravation de la situation neurologique. D'ailleurs, M. V. _____ a été déclaré inapte au travail du 30.05.2016 au 30.06.2016 à 100% pour cause de maladie par la Clinique de neurochirurgie de R. _____ ».

Par courrier du 19 octobre 2016, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, n'avait pas pu être établi entre l'accident du 11 juillet 2015 et l'opération du 31 mai 2016, de sorte qu'elle ne pouvait pas allouer de prestations à cet égard. Elle a invité l'assuré à déclarer le cas à son assurance-maladie.

Sur requête A. _____ qui avait signifié le 15 novembre 2017 son désaccord au courrier du 19 octobre 2016, la CNA a rendu une décision formelle en date du 7 décembre 2017, confirmant son refus de prester.

A. _____ s'est opposé le 28 décembre 2017 à cette décision, concluant à la prise en charge par l'assureur-accidents des soins, y compris de l'intervention du 31 mai 2016. A l'appui de sa contestation, A. _____ a fait valoir qu'une lésion aux cervicales C5-C6 touchant le nerf ulnaire avait été diagnostiquée et que, de l'avis de son médecin-conseil, la lésion du ligament longitudinal postérieur révélée dans le protocole opératoire du 31 mai 2016 ne pouvait être que post-traumatique.

Par décision sur opposition du 23 janvier 2018, la CNA a confirmé sa décision du 7 décembre 2017, considérant que l'avis du médecin-conseil A._____ ne suffisait à remettre en cause l'analyse du Dr Y._____. Elle a estimé que les conditions jurisprudentielles permettant de reconnaître une cause accidentelle à une hernie n'étaient pas réalisées.

B. Par acte du 23 février 2018, A._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 23 janvier 2018, dont elle a conclu à l'annulation en ce sens que la CNA est tenue de prendre en charge l'hospitalisation du 30 mai au 3 juin 2016 à R._____ ainsi que les traitements pré et post-opératoires. La recourante a produit un rapport du 19 février 2018 de son médecin-conseil, le Dr Q._____, spécialiste en médecine interne générale, lequel a posé les conclusions suivantes :

« (...)

En résumé, je conclus que la chute en wakeboard, le 11 juillet 2015, a eu un impact d'une violence considérable sur les vertèbres cervicales, qui a causé une lésion discale C5/C6, et la substance discale s'est échappée (hernie discale) à travers la déchirure du ligament longitudinal postérieur et a comprimé les parties médiales de la moelle épinière cervicale au niveau C5/C6. Les altérations dégénératives décrites par l'IRM du 29 juillet 2015 ne sauraient par conséquent être la cause de la hernie discale cervicale avec myélopathie consécutive. Une myélopathie cervicale est une lésion sévère, qui progresse en cas de compression persistante et qui endommage la moelle épinière de manière irréversible. Dès lors, l'indication pour l'opération de la hernie discale et pour la spondylodèse étaient parfaitement correcte. L'atteinte à la santé subie le 11 juillet 2015 et qu'il a fallu traiter par une intervention chirurgicale, est une suite de l'accident, au degré de vraisemblance prépondérante, et relève par conséquent du domaine de compétence de l'assureur-accidents ».

Dans une réponse du 5 avril 2018, représentée par Me Olivier Derivaz, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Elle estime que les arguments du Dr Q._____ ne suffisent pas à reconnaître une origine traumatique aux lésions cervicales litigieuses et qu'il faut lui préférer l'appréciation du Dr Y._____, complète, de laquelle il ressort clairement que l'on a affaire à un problème dégénératif documenté. Dans ce sens, aucune lésion traumatique n'avait pu être mise en évidence immédiatement après la chute accidentelle, alors que les altérations dégénératives étaient présentes. Les problèmes

connus immédiatement après l'accident avaient régressé et les examens neurologiques pratiqués à bonne distance de l'accident n'avaient pas montré de lésions traumatiques.

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 (cf. art. 1 al. 1 LAA). 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 (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

L'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire ; cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (art. 49 al. 4 LPGA). Les termes « touchant l'obligation d'un autre assureur » sont assimilables à l'intérêt digne d'être protégé (à l'annulation ou la modification de la décision attaquée) au sens de l'art. 59 LPGA (ATF 133 V 539 consid. 3 ; 132 V 74 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C_251/2014 du 11 mars 2015 consid. 3.1).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et satisfait pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond. On précisera que la qualité pour agir de la recourante doit être admise puisqu'elle agit au titre d'assureur obligatoire des soins de V._____. Son intérêt à l'annulation ou à la modification de la décision sur opposition querellée n'est donc pas contestable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et

contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD).

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 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations de l'assurance-accidents des suites de l'événement du 11 juillet 2015. Se pose singulièrement la question de savoir si c'est à bon droit que la CNA a refusé la prise en charge de l'intervention chirurgicale du 31 mai 2016, au motif qu'à cette date, les troubles présentés par l'assuré n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident précité.

3. Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon 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.

b) 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 exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. Il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 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 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 et 402 consid. 4.3 ; TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3, 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2^e éd., n° 79 p. 865).

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 p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. 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. 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 p. 181 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 p. 406 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). 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 ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou 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*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_901/2009 du 14 juin 2010 consid. 3.2 in : SVR UV n° 4 p. 2, 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2, 8C_2014/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées).

e) Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altérations des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si par contre, 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 (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 et n° U 379 p. 192 consid. 2a ; TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.3 et références citées). Il faut préciser qu'un disque intervertébral sain est à ce point résistant qu'une action violente va plutôt avoir pour effet de fracturer les vertèbres que d'entraîner une lésion des disques intervertébraux. Selon l'expérience médicale, la lésion isolée d'un disque intervertébral due à un accident peut uniquement être provoquée par un effort purement axial de la colonne vertébrale et non par des mouvements de rotation, d'hyperextension ou d'hyperflexion (TFA U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1).

Une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est prouvée que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement

subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TFA U 282/06 du 4 juin 2007 consid. 3.3 ; U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2 ; RAMA 2000 n° U 363 du 9 septembre 1999 p. 46 consid. 3a).

Une telle aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. Le *statu quo sine* est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (« eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss » ; TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et références citées).

5. a) Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées).

b) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. C'est

ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 mais que parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2).

6. a) Par la décision entreprise, se fondant sur l'avis du Dr Y._____, la CNA refuse la prise en charge de l'intervention chirurgicale du 31 mai 2016, au motif que les atteintes ayant nécessité cette opération n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident assuré. De son côté, prenant appui sur l'avis de son médecin-conseil, la recourante conteste ce refus, alléguant en particulier que la hernie discale et la déchirure du ligament longitudinal postérieur de la colonne cervicale sont d'origine post-traumatique.

b) Dans son appréciation neurologique du 13 octobre 2016, le Dr Y._____ estime que d'un point de vue clinique, le *status quo sine* a été atteint au plus tard le 11 avril 2016, date de la consultation ambulatoire auprès du Dr B._____, voire même vraisemblablement avant. Toujours selon le neurologue, la progression de la myélopathie cervicale en C5-C6, documentée par les examens d'imagerie des 29 juillet 2015 et 4 avril 2016, ne résulte pas au degré de la vraisemblance prépondérante de l'événement accidentel. Le Dr Y._____ estime dès lors qu'il n'existe pas de lien de causalité pour le moins probable entre les troubles cervicaux ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 31 mai 2016 et l'accident du 11 juillet 2015.

Force est de constater à ce stade que l'appréciation du Dr Y._____ est convaincante et qu'il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à la remettre sérieusement en cause. Le Dr Y._____ a eu accès à un dossier médical complet, contenant tous les documents nécessaires pour trancher en connaissance de cause le point de savoir si la hernie discale a été provoquée par l'accident du 11 juillet 2015 ou si elle a seulement été déclenchée par cet événement. Il a pris en considération l'ensemble des constatations objectives ressortant des rapports médicaux versés au dossier, dont il a fait une synthèse circonstanciée. C'est ainsi à juste titre que le Dr Y._____ a retenu que l'IRM de la colonne cervicale du 29 juillet 2015 n'a mis en évidence aucune lésion traumatique fraîche des disques vertébraux ou des vertèbres cervicales. A l'issue de leur examen, les Drs X._____ et M._____ n'ont en effet constaté qu'un rétrécissement canalaire dégénératif C5-C6 avec

possible myélopathie focale cervicarthrosique paramédiane gauche antérieure et des remaniements dégénératifs étagés entraînant des sténoses foraminales de C3-C4 à C5-C6. Ils ont exclu toute lésion disco-vertébrale post-traumatique récente visible de même qu'une hernie franche, précisant que l'assuré ne présentait pas de lésion osseuse de nature traumatique ou évolutive visible. Les radiologues ont également observé une modification du signal de la moelle épinière en C5-C6, que le Dr Y._____ a confirmée, de même que son origine arthrosique. C'est de manière convaincante que le Dr Y._____ a estimé que cet examen du 29 juillet 2015 avait mis en évidence des modifications dégénératives importantes des vertèbres, dans le contexte d'une sténose dégénérative du canal rachidien particulièrement marquée en C5-C6. C'est également à juste titre que le Dr Y._____ a retenu que les douleurs signalées dans un premier temps dans la région dorsale ainsi que les troubles sensitifs des extrémités supérieures avaient complètement disparu. Dans son rapport du 19 avril 2016, à neuf mois de l'accident, le Dr B._____ a en effet observé une récupération complète, précisant que le patient n'avait pas de plaintes, qu'il se sentait tout à fait normal et qu'il travaillait à 100%. Il peut être déduit des observations du neurochirurgien que les symptômes et plaintes prévalant des suites de l'accident n'avaient plus cours. Compte tenu de la compression médullaire confirmée par IRM du 11 avril 2016, le Dr B._____ a certes proposé une décompression chirurgicale, mais comme cela a été confirmé par le Prof. W._____ et les Drs Z._____ et H._____ dans leur rapport du 31 mai 2016, cette intervention s'inscrivait dans un cadre prophylactique, afin d'éviter une aggravation future des plaintes au plan neurologique. A l'entrée du patient, les médecins de R._____ ont d'ailleurs constaté une absence de symptôme à l'examen neurologique, l'assuré ne faisant valoir aucune plainte. C'est ainsi de manière convaincante que le Dr Y._____ a estimé que la chute du 11 juillet 2015 n'avait entraîné qu'une aggravation transitoire d'un état antérieur de nature dégénérative, situation qui s'est ensuite rapidement amendée.

c) Le rapport du 19 février 2018 du Dr Q._____, médecin conseil de la recourante, ne suffit pas à faire naître un doute, même

minime, sur l'exactitude des conclusions du Dr Y._____. Son assertion selon laquelle l'interprétation de l'examen par IRM du 29 juillet 2015 aurait été sous-optimale et aurait abouti à un diagnostic imprécis et incomplet n'est pas suffisamment étayée pour être retenue. Même à suivre l'hypothèse soutenue par le Dr Q._____, selon laquelle l'impact de l'accident du 11 juillet 2015 aurait causé la déchirure du ligament longitudinal postérieur, avec pour conséquence que la substance discale se serait échappée au travers de la déchirure pour venir comprimer la moelle épinière cervicale, aucun des rapports médicaux au dossier ne permet de retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la hernie discale ne préexistait pas à l'accident. Au vu des atteintes dégénératives particulièrement marquées constatées à l'occasion de l'IRM du 29 juillet 2015, la hernie était très vraisemblablement présente de plus longue date ; parmi toutes les hypothèses envisageables, c'est celle qui paraît la plus probable et qui doit être retenue par le tribunal. Même si cela n'est pas déterminant en soi, on remarquera à ce propos que le Prof. L._____ a sollicité l'assureur-maladie, et non l'assureur-accidents, ce qui laisse penser qu'il considérait que l'opération à laquelle il a procédé intervenait dans le cadre d'une problématique de nature malade et non traumatique. Par surabondance, la lecture du rapport opératoire du 31 mai 2016 conduit à douter de l'hypothèse émise par le Dr Q._____, selon laquelle la chute de l'assuré aurait causé une lésion discale et une déchirure du ligament, la substance discale s'étant ensuite échappée à travers la déchirure du ligament. Selon le rapport opératoire, le médecin a incisé le ligament antérieur pour dégager le disque intervertébral, puis a fraisé les ostéophytes dorsaux et soulevé le ligament postérieur. Il a ensuite pu réséquer la hernie discale, qu'il a qualifiée de sous-ligamentaire et de « séquestrée par » (sequestriert durch) le ligament, en passant par le ligament postérieur déchiré (das zerrissene hintere Längsband). La description par le Prof. L._____ d'une hernie sous-ligamentaire séquestrée laisse comprendre que la hernie discale, ou plus exactement la substance discale, n'a pas pu s'échapper, contrairement à ce qu'affirme le Dr Q._____. C'est également en vain que le Dr Q._____ argumente sur l'adéquation de

l'indication opératoire, puisque le bienfondé de cette issue n'est pas contesté et que, surtout, ce n'est pas la question ici litigieuse.

d) En définitive, quoi qu'il en soit, les conditions posées par la jurisprudence fédérale permettant de reconnaître une cause accidentelle à une hernie discale ne sont pas réalisées en l'espèce. Le Dr G._____, premier médecin consulté, a posé le diagnostic de contusion. Il n'a au demeurant été sollicité que près de deux semaines après l'accident, ce qui ne démontre pas le signe d'une compression radiculaire aiguë sur hernie discale traumatique comme le requiert la jurisprudence. L'assuré n'a également pas subi d'incapacité de travail immédiatement après l'accident, ni plus tard, hormis des suites de l'intervention chirurgicale de mai 2016. L'IRM du 29 juillet 2015 n'a pas révélé de lésion traumatique et les douleurs et paresthésies ont rapidement régressé. On rappellera à ce stade que le Tribunal fédéral a précisé qu'un disque intervertébral sain est à ce point résistant qu'une action violente va plutôt avoir pour effet de fracturer les vertèbres que d'entraîner une lésion des disques. La Haute Cour a également retenu que selon l'expérience médicale, une lésion isolée d'un disque intervertébral due à un accident peut uniquement être provoquée par un effort purement axial de la colonne, et non par des mouvements de rotation, d'hyperflexion ou, comme c'est le cas en l'occurrence, d'hyperextension. Il y a dès lors lieu de retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que la hernie discale n'est pas due principalement à l'accident litigieux, lequel a seulement provoqué une décompensation symptomatique d'une hernie préexistante. L'assuré étant totalement asymptomatique en avril 2016 lors de la consultation auprès de Dr B._____, il y a lieu de retenir que les effets délétères de l'accident du 11 juillet 2015 ont pris fin en avril 2016 au plus tard, ce laps de temps correspondant par ailleurs aux principes admis par le Tribunal fédéral, qui retient que l'aggravation post-traumatique sans lésion structurelle associée d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant symptomatique cesse de produire des effets en règle générale auprès six ou neuf mois.

e) Au vu de ce qui précède, il n'est pas possible de retenir qu'il existe, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre l'accident du 11 juillet 2015 et l'état de santé ayant nécessité l'intervention chirurgicale du 31 mai 2016. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a retenu que l'accident du 11 juillet 2015 avait déjà cessé de produire des effets au moment de l'intervention chirurgicale du 31 mai 2016 et a refusé d'allouer des prestations en lien avec celle-ci.

7. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA), de sorte qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires. La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, et qui n'est au demeurant pas représentée par un mandataire professionnel, n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

**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 23 janvier 2018 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 :

- A. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,
- V. _____, à titre d'information uniquement,

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 :