

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 9 septembre 2013

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Rossier et M. Bidiville, assesseurs
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

N._____, à [...], recourant, représenté par Me Marcel Waser, avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 LAA; 9 al. 2 OLAA

E n f a i t :

A. N._____, né en 1966 (ci-après : l'assuré ou le recourant), travaille auprès de l'Office R._____ en qualité d'employé polyvalent depuis le 10 mai 2010 au taux de 100 %. 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 : CNA ou SUVA ou l'intimée).

Le 8 novembre 2010, alors qu'il était passager avant d'un véhicule automobile, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. Selon le rapport établi par la police cantonale vaudoise le 28 novembre 2010, les circonstances de l'accident étaient les suivantes :

" M. [...] circulait en direction d'Aigle, sur la voie droite, à une allure de 80 km/h, feux de croisement enclenchés, selon son dire. Peu avant la jonction de [...], dans une longue courbe à droite, selon son sens de marche, l'intéressé sentit que sa remorque louvoyait peu après le passage sur un joint de dilatation. Dès lors, cet usager tenta de corriger sa trajectoire en contre-braquant légèrement mais il perdit la maîtrise de son train routier. Ce dernier dérapa sur les voies de circulation vers la gauche et le véhicule tracteur heurta le mur de soutènement, même côté. Sous l'effet du choc, le convoi pivota et la remorque se renversa tout en restant attelée, position dans laquelle il s'immobilisa sur la voie gauche, à contresens."

Entendu comme témoin par la gendarmerie dans le cadre du constat d'accident, l'assuré a indiqué qu'il faisait usage de la ceinture de sécurité et qu'il n'était pas blessé.

Selon la déclaration de sinistre LAA du 12 novembre 2010, l'employeur de l'assuré a annoncé l'accident en ces termes : "Avons heurté un mur sur l'autoroute" et a indiqué que la partie du corps atteinte était le dos et a qualifié la lésion de contusion. L'assuré a présenté une incapacité totale de travail du 9 au 28 novembre 2010. Il a repris son activité professionnelle à 100 % le 29 novembre 2010.

Dans un rapport médical du 1^{er} décembre 2010, le Dr V._____, médecin généraliste, a indiqué avoir constaté chez l'assuré des douleurs cervicales, posé le diagnostic de cervicalgies post-traumatiques, exposé que les mesures médicales entreprises avaient consisté en un scanner, la pose d'un collier cervical et du repos et que des séances de physiothérapie pour une durée probable de huit semaines avaient été prescrites. Il a confirmé que l'incapacité de travail à 100 %, qui avait débuté le 9 novembre 2010 avait pris fin le 28 novembre 2010.

Selon la fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-facial complétée le 2 décembre 2010 par le DrV._____, l'assuré s'attendait à la collision, portait sa ceinture de sécurité, avait la tête droite, en avant, et le corps droit. Il n'a pas subi de choc à la tête. Son appuie-tête était installé. Il n'a pas perdu connaissance ni subi de trou de mémoire. Il a ressenti des douleurs à la nuque, mais n'a présenté ni céphalées, vertiges, nausées, vomissements, troubles de l'audition, de la vue ou du sommeil.

Dans un rapport médical du 29 novembre 2010 adressé au Dr V._____, le Dr D._____, spécialiste FMH en radiologie et neuroradiologie, a indiqué ce qui suit :

"IRM CERVICALE du 23.11.2010

INDICATION

Cervicalgies post traumatiques.

Antécédents de "coup du lapin" dans un accident de la route le 08.11.2010.

(...)

CONCLUSION

Troubles de la statique cervicale.

Canal cervical dégénérativement étroit en C5-C6.

Débord discal C6-C7.

Potentiel conflit disco-ostéophytaire C5-C6 et C6-C7.

Il n'y a pas d'évidence de hernie discale."

Dans un rapport médical du 11 juillet 2011, le Dr V._____ a indiqué que l'état de son patient était "stationnaire/très lentement favorable", que le traitement consistait en de la physiothérapie et une médication, que la durée du traitement restait indéterminée et que l'assuré avait repris le travail à 20 % depuis le 16 avril 2011.

Dans un rapport médical du 10 août 2011 adressé au Dr V._____, le Dr C._____, spécialiste en neurologie, a notamment indiqué ce qui suit :

"Synthèse et conclusion

Votre patient présente depuis un accident de la voie publique le 8.11.2011 des cervicobrachialgies bilatérales accompagnées des céphalées et des dysesthésies diffuses aux membres supérieurs distales. Une IRM cervicale effectuée 15 jours après l'accident montre un canal cervical dégénérativement étroit C5-C6 et des altérations dégénératives discales ostéophytaires à prédominance gauche. Les différents traitements physiques et médicamenteux n'ont pas apporté une amélioration des symptômes du patient. Selon ses descriptions dramatiques, il est possible qu'il a pu avoir un syndrome post-traumatique. L'examen neurologique ne montre aucun déficit au niveau de la force, des réflexes ou de la sensibilité. La musculature est symétriquement bien développée mais le patient est fortement crispé avec de multiples soupirs au testing de la force. Le bilan électro-neurophysiologique montre la présence des signes compatibles avec un syndrome du tunnel carpien bilatéralement à prédominance droite. Je vous prie de prescrire à votre patient des attelles de type Futuro pour évaluer quel rôle joue l'atteinte périphérique à l'intensité des symptômes.

J'ai essayé de rassurer M. N._____ par rapport à ses symptômes qui montrent déjà clairement des signes d'une chronification. Le patient avait regardé ses clichés et avait l'impression que sa moelle épinière cervicale était comprimée par le canal cervical étroit. Il n'y a pas de signes dans l'imagerie pour une myélopathie cervicale nécessitant une intervention. Le résultat est, selon l'évolution, à contrôler à distance. Une physiothérapie consistant en massages et relaxation qui pourrait également se faire dans l'eau pour mieux détendre le patient, est le traitement de choix. Il doit être accompagné d'une antalgie efficace sous protection gastrique et une myorelaxation pour laquelle j'ai prescrit du Mydocalm® 3x 50 mg/j."

Dans un rapport médical du 5 février 2012, le Dr V._____ a indiqué que l'état de son patient était stationnaire, que le traitement actuel consistait en de la physiothérapie et de l'acupuncture, qu'il allait envoyer l'assuré consulter la Dresse P._____, spécialiste en neurochirurgie, et que la durée du traitement dépendait des conclusions de celle-ci.

Dans un rapport médical du 22 février 2012 à l'attention de la Dresse P._____, les Drs Z._____ et M._____, respectivement médecin associé et médecin assistant auprès du Service de neurochirurgie

du Centre hospitalier universitaire F._____ (ci-après : F._____) ont indiqué avoir reçu l'assuré à leur consultation le 6 février précédent et constaté qu'il présentait une cervico-brachialgie à prédominance droite dans le contexte d'une discarthrose C5/C6 ainsi qu'une sténose foraminale à prédominance droite en C5/C6 et C6/C7. Relevant que l'examen neurologique avait été limité à cause de la douleur, ils proposaient de faire un ENMG et de revoir le patient à leur consultation ambulatoire. Ils requéraient de la Dresse P._____ qu'elle adapte le traitement antalgique.

Par courrier du 22 mars 2012 à la Dresse P._____, le Dr Z._____ a indiqué qu'il avait revu l'assuré à la consultation du 19 mars précédent et qu'il avait fait les constatations suivantes :

"Anamnèse

Il s'agit d'un patient de 45 ans qui présente des douleurs cervicales depuis l'année passée avec des douleurs dans le bras droit et des fourmillements dans les mains.

Examens complémentaires

ENMG de ce jour : tunnel carpien des deux côtés. Pas d'évidence d'une radiculopathie.

Problèmes et attitude

Je ne retiens pas d'indication chirurgicale pour le moment. Une consultation avec le Dr H._____ aura lieu et également une consultation à la clinique de L._____."

Dans un rapport médical du 3 avril 2012, la Dresse P._____ a indiqué comme diagnostic une discarthrose C5-C6, en relevant qu'elle avait vu l'assuré à trois reprises en novembre et décembre 2011, que le traitement pour sa part était terminé, que l'évolution était peu favorable et que la reprise du travail était à voir avec le Dr H._____ du F._____.

Dans un avis médical du 19 avril 2012, le Dr Q._____, chirurgien FMH et médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que l'accident n'avait fait que rendre symptomatique une cervicarthrose, qu'il n'avait rien produit et ne déployait plus d'effets.

Le 20 avril 2012, la CNA a rendu la décision suivante :

"Jusqu'à présent la Suva vous a alloué les prestations d'assurance légale pour les suites de votre accident 08.11.2010.

Un droit aux prestations d'assurance de la Suva existe pour les suites d'un accident couvert par l'assurance, conformément à l'article 4 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances (LPGA), ou pour les suites d'une des "lésions corporelles assimilées à un accident" énumérées de manière exhaustive dans l'article 9, alinéa 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA).

Toutefois, la Suva ne prend en charge une atteinte à la santé que dans la mesure où il existe un lien de causalité pour le moins vraisemblable entre cette dernière et un accident couvert par l'assurance.

Il ressort des renseignements médicaux en notre possession qu'il n'y a plus, aujourd'hui, de séquelles de l'accident justifiant un traitement médical. Les troubles dont vous vous plaignez encore ne peuvent plus être considérés consécutifs à l'accident susmentionné.

Par conséquent, nous devons, pour les seules suites de l'accident, clore le cas avec effet au 30.04.2012 et mettre fin à toutes les prestations d'assurance."

Par écriture du 8 mai 2012 d'Assista TCS SA, l'assuré a formé opposition à la décision de la CNA du 20 avril précédent. Dite opposition a été complétée le 6 juillet suivant en ces termes :

"Comme vous le savez, mon client a été victime d'un accident de la circulation le 8 novembre 2010. Depuis lors, il présente notamment des douleurs cervicales avec des douleurs dans le bras droit et des fourmillements dans les mains.

Par courrier du 20 avril 2012, vous avez informé mon client que vous mettiez fin à toutes prestations d'assurance au 30 avril 2012 au motif que, selon les renseignements médicaux en votre possession, il n'y a plus de séquelles de l'accident justifiant un traitement médical. En outre, vous prétendez que les troubles dont mon client se plaint ne peuvent pas être considérés consécutifs à l'accident susmentionné.

Or, tel n'est assurément pas le cas en l'espèce.

En effet, selon le rapport médical du Dr Z._____, médecin associé au Département des neurosciences cliniques, Service de neurochirurgie au F._____, mon client présente une cervico-brachialgie à prédominance droite dans le contexte d'une discarthrose C5/C6 et une sténose forminale à prédominance droite en C5/C6 et C6/C7. De plus, le rapport indique que mon client a des douleurs très intenses, au point que l'examen clinique a dû être limité.

Le Dr Z._____ précise que ces douleurs sont survenues suite à l'accident du 8 novembre 2010. En effet, vous pourrez constater que mon client ne souffrait d'aucun mal avant cette date.

Ledit rapport est joint à la présente pour votre complète information. En outre, mon client est également suivi par le Dr B._____, Chef de clinique adjoint à la Permanence de L._____. Ledit médecin conclut que l'apparition de la cervico-brachialgie ainsi que de la discarthrose sont liées à l'événement précité. Je joins également une copie du questionnaire que j'avais adressé au médecin soussigné.

Dès lors, force est de constater que mon client souffre toujours actuellement de lésions dues à l'accident du 8 novembre 2010."

Le questionnaire mentionné par Assista TCS SA dans son courrier du 6 juillet 2012, qu'elle a reçu en retour du Dr B. _____ le 21 juin 2012, a été complété par ce dernier comme suit :

"Quel(s) diagnostic(s) présente aujourd'hui Monsieur N. _____ ?

- cervico-brachialgies bilatérales présentes après un accident de la voie publique le 8.11.2010.
- Arthrose C5-C6 avec un canal cervical étroit au même niveau. Sténose foraminale C5-C6 et C6-C7.
- Syndrome du tunnel carpien bilatéral, plus important à D.

Est-il (sont-ils) en relation de causalité avec l'accident du 8 novembre 2010 ?

L'apparition mais pas de causalité des cervico-brachialgies est probablement liée à l'accident du 8.11.2010. Aucune relation entre l'accident et le syndrome du tunnel carpien.

Avez-vous d'autres remarques à formuler qui pourraient être utiles à la résolution de ce cas ?

Un accident pourrait toujours provoquer l'apparition des symptômes arthrosiques surtout au niveau de la colonne vertébrale."

L'assuré a été examiné par le Dr Q. _____ de la CNA le 9 août 2012. Dans son rapport médical ce médecin a notamment relevé ce qui suit :

"3. Déclarations de l'assuré

Le patient dit qu'il s'est fait opérer du tunnel carpien à droite aux frais de la caisse-maladie. Après 4 semaines d'arrêt de travail, il a repris en plein. Il a des douleurs dans tout l'avant-bras. Il n'est pas satisfait. Il pense qu'on a trop attendu. Il doit faire le côté gauche à la fin du mois.

Alors qu'il allait parfaitement bien avant l'accident, le patient dit qu'il souffre maintenant de cervicalgies très pénibles, continues, qui irradient vers les épaules tant à gauche qu'à droite, s'accompagnant de céphalées et de fourmillements fréquents. A cela s'ajoute un manque de force dans les épaules et les deux membres supérieurs ainsi que dans les jambes. Si le patient a le malheur de les croiser, il voit aussitôt apparaître des fourmillements dans les pieds. Tous les mouvements de la nuque sont douloureux. Le patient est très affecté dans sa vie quotidienne. Les rapports sexuels sont devenus pénibles. Le patient n'arrive plus à nager. Il a aussi dû renoncer à faire de la moto et à exercer toute activité sportive. Le matin, le patient se sent lourd. Le soir, il est épuisé, "fracassé". Il ne peut rien faire. Il doit impérativement se reposer. Il se fait beaucoup de soucis pour l'avenir et il se demande s'il arrivera à tenir le coup sur le long terme, notamment à son travail.

Toutes sortes de traitements ont été mis en oeuvre. Seuls les massages soulageaient le patient pendant quelque temps. Beaucoup de traitements ne faisaient qu'aggraver la situation. Le patient n'a jamais voulu se résoudre à faire les infiltrations cortisonées que lui

proposait la Dresse P._____. En dernier lieu, il fait de l'ostéopathie dans le cabinet du Dr V._____. Lorsque la Suva a mis un terme à ses prestations, le patient à tout interrompu, se contentant de prendre du Ponstan® et du Dafalgan®. Au F._____, on lui a conseillé de voir un psychiatre. Le patient a pris un rendez-vous mais il n'y est pas allé, ne sachant pas qui allait prendre ce traitement en charge.

Par ailleurs, le patient est en bonne santé habituelle.

D'origine italienne, le patient est venu en Suisse en 1985. Il a travaillé 6 ans comme saisonnier dans la construction. Il s'est ensuite établi en Suisse et il a travaillé 11 ans comme chauffeur-livreur dans un commerce d'alimentation à [...]. Il s'agissait d'une activité lourde qu'il exerçait sans difficulté. Il dispose maintenant d'un permis C. Après avoir encore travaillé 3 ans à la [...] comme adjoint du gérant d'une succursale, il s'est engagé à l'office R._____ où il est employé polyvalent. Il s'agit d'une activité variée avec des responsabilités, qui lui plait bien, mais qui est assez exigeante physiquement.

Le patient est marié. Sa femme travaille comme secrétaire dans une école. Le couple a deux enfants.

4. Constatations

Il s'agit d'un patient de 46 ans, bien musclé, présentant un aspect de santé tout à fait correct.

Rachis cervical

Il n'y a pas de perturbation des épreuves de marche.

La musculature para-vertébrale et le chef supérieur du trapèze sont tout à fait souples en dépit de vives réactions de retrait à leur palpation superficielle.

La mobilité rachidienne est conservée mais la mobilisation s'effectue avec précaution et le patient fait valoir des douleurs en fin de course.

Il n'y a pas d'irradiation douloureuse dans les membres supérieurs lors des mouvements combinés de la nuque.

Les épaules sont tout à fait souples et leur mobilisation s'effectue librement.

Les ROT sont normo-vifs, symétriques.

Le tonus musculaire et la force sont conservés à tous les niveaux.

Il n'y a pas de trouble de la motricité fine ni de la coordination.

Le patient ne rapporte pas de trouble de la sensibilité.

Les marques d'utilisation des mains sont très marquées, prédominant normalement à droite.

5. Appréciation

Je ne reviendrai pas sur les antécédents de ce patient que j'ai exposés plus haut et qui ressortent également de ses déclarations.

Alors qu'il allait parfaitement bien avant l'accident, le patient dit qu'il souffre maintenant de cervicalgies très pénibles, continues, qui irradient vers les épaules tant à gauche qu'à droite, s'accompagnant de céphalées et de fourmillements fréquents. A cela s'ajoute un manque de force dans les épaules et les deux membres supérieurs ainsi que dans les jambes. Si le patient a le malheur de les croiser, il voit aussitôt apparaître des fourmillements dans les pieds. Tous les mouvements de la nuque sont douloureux. Le patient est très affecté dans sa vie quotidienne. Les rapports sexuels sont devenus pénibles. Le patient n'arrive plus à nager. Il a aussi dû renoncer à faire de la moto et à exercer toute activité sportive. Le matin, le patient se sent lourd. Le soir, il est épuisé, "fracassé". Il ne peut rien faire. Il doit impérativement se reposer. Il se fait beaucoup de soucis

pour l'avenir et il se demande s'il arrivera à tenir le coup sur le long terme, notamment à son travail.

A l'examen clinique, on est en présence d'un patient bien musclé qui n'a manifestement aucune limitation fonctionnelle notable.

Objectivement, la musculature para-vertébrale et le chef supérieur du trapèze sont tout à fait souples en dépit de vives réactions de retrait à leur palpation superficielle. La mobilité rachidienne est conservée mais la mobilisation s'effectue avec précaution et le patient fait valoir des douleurs en fin de course. Il n'y a pas d'irradiation douloureuse dans les membres supérieurs lors des mouvements combinés de la nuque. Les épaules sont tout à fait souples et leur mobilisation s'effectue librement. Les ROT sont normo-vifs, symétriques. Le tonus musculaire et la force sont conservés à tous les niveaux. Il n'y a pas de trouble de la motricité fine ni de la coordination. Le patient ne rapporte pas de trouble de la sensibilité. Les marques d'utilisation des mains sont très marquées, prédominant normalement à droite.

Il y a donc une discordance majeure entre l'ampleur des plaintes et les constatations objectives de l'examen clinique qui ne montre aucun signe d'atteinte radiculaire ou médullaire.

Il n'en reste pas moins que ce patient présente des lésions dégénératives étagées de la colonne cervicale qui sont bien susceptibles d'entraîner des douleurs.

A cet égard, il est regrettable qu'il ne veuille pas se soumettre à des infiltrations qui pourraient peut-être l'aider.

Ces lésions dégénératives sont déjà présentes sur une IRM cervicale réalisée 2 semaines seulement après l'accident.

Il y a donc manifestement un état antérieur que celui-ci a peut-être rendu symptomatique.

En revanche, n'ayant entraîné aucune lésion objectivable qu'on puisse directement lui rapporter, il n'est pas susceptible de déployer indéfiniment des effets et la persistance de troubles "hors normes" tient probablement à la personnalité du patient et à ses croyances.

En d'autres termes, le statu quo sine est certainement atteint depuis longtemps."

Par décision sur opposition du 3 septembre 2012, la CNA a confirmé la décision du 20 avril précédent en considérant notamment ce qui suit :

"3. a.

En l'occurrence, la problématique doit être appréhendée exclusivement sous l'angle médical.

Or, l'IRM cervicale du 23 novembre 2010 a montré un canal cervical étroit C5-C6 et des altérations dégénératives discales ostéophytaires à prédominance gauche.

Le Dr C. _____ n'a, pour sa part, constaté aucun déficit au niveau de la force, des réflexes ou de la sensibilité; la musculature était symétriquement bien développée alors que le patient était fortement crispé avec de multiples soupirs au testing de la force; le bilan électro-neurophysiologique montrait la présence de signes compatibles avec un syndrome du tunnel carpien bilatéralement à prédominance droite; une tendance à la chronification était déjà perçue.

Au Service de neurochirurgie du [...], le Dr Z. _____ a conclu à une cervico-brachialgie à prédominance droite, dans le contexte d'une discarthrose C5-C6 et d'une sténose foraminale à prédominance droite en C5-C6 et C6-C7. L'ENMG pratiqué en marge de cet examen n'a permis de retrouver qu'un syndrome du tunnel carpien bilatéral, sans évidence de radiculopathie.

Lors du bilan clinique effectué le 9 août 2012, le Dr Q. _____ a été confronté à un patient bien musclé n'ayant manifestement aucune limitation fonctionnelle notable; objectivement, la musculature paravertébrale et le chef supérieur du trapèze étaient tout à fait souples en dépit de vives réactions de retrait à leur palpation superficielle. La mobilité rachidienne était conservée mais la mobilisation s'effectuait avec précaution et le patient faisait valoir des douleurs en fin de course; il n'y avait pas d'irradiation douloureuse dans les membres supérieurs lors des mouvements combinés de la nuque; les épaules étaient tout à fait souples et leur mobilisation s'effectuait librement; les ROT étaient normo-vifs, symétriques; le tonus musculaire et la force étaient conservés à tous les niveaux; il n'y avait pas de trouble de la motricité fine ni de la coordination; le patient ne rapportait pas de trouble de la sensibilité; il y avait des signes d'utilisation des mains très marqués, prédominant normalement à droite. Le médecin d'arrondissement de la Suva Lausanne a conclu à une discordance majeure entre l'ampleur des plaintes et les constatations objectives de l'examen clinique, lequel ne montrait aucun signe d'atteinte radiculaire ou médullaire. Il a néanmoins admis l'existence de lésions dégénératives étagées de la colonne cervicale, tout à fait susceptibles de générer des douleurs; ces dégénérescences, déjà visibles à l'examen IRM réalisé le 23 novembre 2010, ont pu être rendues symptomatiques par l'accident du 8 novembre 2010. Le Dr Q. _____ a toutefois noté que cet événement n'est pas susceptible de déployer indéfiniment des effets et qu'il faut admettre que le statu quo sine est certainement atteint depuis longtemps.

b.

M. N. _____ tient, d'une part, à souligner le fait qu'il ne souffrait d'aucun mal avant le 8 novembre 2010 et, d'autre part, se réfère aux réponses apportées par le Dr B. _____ à un questionnaire soumis par Assista TCS SA. Celui-ci a notamment concédé qu'un accident peut toujours provoquer l'apparition de symptômes arthrosiques.

c.

Si les arguments présentés dans le cadre de l'opposition ne manquent pas de retenir l'attention, il faut toutefois rappeler qu'un raisonnement fondé sur la maxime "post hoc, ergo propter hoc" ne fonde pas l'existence d'une relation de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. supra, cons. 2c). De surcroît, l'on ne saurait considérer que les dégénérescences révélées à l'IRM cervicale soient rapportables à l'accident du 8 novembre 2010, cette investigation radiologique n'ayant été effectuée que deux semaines après la survenance de cet événement.

d.

Cela étant, la Suva Lausanne était en droit de conclure que la symptomatologie persistant au-delà du 30 avril 2012 n'était plus imputable à l'événement assuré. Le terme des prestations de la Suva à cette date s'avère dès lors justifié."

B. Par acte de son conseil du 2 octobre 2012, N._____ a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme dans le sens de la poursuite du droit aux prestations d'accidents au-delà du 30 avril 2012. En substance, il fait valoir que dans son rapport médical du 10 août 2011, le Dr C._____ indique qu'il est possible qu'il ait pu y avoir un syndrome post-traumatique. Il relève également que le Dr Q._____, dans son appréciation médicale du 9 août 2012, mentionne qu'il souffre de cervicalgies très pénibles, dont il estime que l'intimée n'a pas tenu compte. Il est d'avis que ces aspects n'ont pas été analysés et annonce la production d'un avis médical démontrant que ces affections sont en causalité directe avec l'accident.

Dans sa réponse du 7 janvier 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle fait valoir en substance que le seul fait d'alléguer que le Dr C._____ a précisé qu'il était possible que l'assuré ait pu subir un syndrome post-traumatique est insuffisant pour établir au degré de la vraisemblance prépondérante un lien entre l'événement du 8 novembre 2010 et les cervicalgies dont se plaint le recourant. Elle relève que les dégénérescences révélées par l'IRM cervicale ne sauraient être rapportées à l'accident, qu'un raisonnement basé sur la maxime "post hoc, ergo propter hoc" ne fonde pas l'existence d'une relation de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante et, enfin, que l'appréciation médicale du Dr Q._____ est concluante et vierge de contradictions intrinsèques, de sorte qu'il n'existe aucun indice concret permettant de douter du bien-fondé de ses conclusions.

A l'appui de sa réplique du 30 mars 2013, le recourant explique que le traumatisme cervical dont il souffre peut correspondre aux séquelles d'une atteinte type "coup du lapin", déplorant que la dynamique de l'accident n'ait à ses yeux pas été prise en compte. Il relève encore que selon lui, la question n'est pas de savoir si ses troubles revêtent une origine dégénérative, mais celle de savoir s'ils revêtent une origine exclusivement dégénérative. Dans un dernier moyen, il expose que

l'intimée n'a pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le statu quo sine, respectivement ante, serait atteint. A titre de mesures d'instruction, il requiert l'audition du Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise. Avec son écriture, il produit un onglet de pièces sous bordereau, parmi lesquelles figurent notamment des photographies de la remorque, ainsi qu'un rapport médical du 26 novembre 2012 du Dr I._____, dont il ressort notamment ce qui suit :

"Il s'agit d'un patient que j'ai vu à 2 reprises et qui est totalement désespéré par sa situation. Sa vie semble avoir basculé le 8 novembre 2010.

Il était, dans le cadre de son travail, passager d'un véhicule tractant une remorque. Celle-ci a été déstabilisée et a généré une perte de maîtrise du véhicule.

Le véhicule a heurté, plus ou moins de face le mur bordant l'autoroute et, dû probablement à l'effet gyroscopique de la remorque, il a effectué un demi-tour qui l'a laissé immobilisé à contresens.

Le patient était passager du véhicule, il semble que les oscillations perçues l'aient enclin à contrôler ce qui se passait au niveau de la remorque et le choc a eu lieu alors qu'il n'était absolument pas calé dans son siège.

Il est hautement vraisemblable que sa tête ait été animée d'un mouvement complexe à la fois rotatoire, en inclinaison, et en flexion extension.

Il en est résulté une symptomatologie douloureuse très violente qui a démarré de fait dans les heures qui ont suivi. Il me paraît possible d'imaginer une composante d'oedème s'installant progressivement et générant les symptômes.

Les symptômes ressentis sont multiples tant au niveau cervical, que de la tête entre autres au manoeuvre de Valsalva que aux 2 membres supérieurs et actuellement avec des fourmillements dans les 2 pieds survenant selon la position qu'il a, en particulier la position assise.

Il s'agit d'un patient qui a repris rapidement son activité professionnelle. Il travaille dans une commune et est amené à faire de nombreux travaux de force.

Actuellement il est totalement handicapé par les douleurs qu'il arrive à gérer du moins suffisamment pour maintenir une activité professionnelle mais aucune de ses autres activités de loisirs, mis à part jouer aux échecs, mais avec moins de capacité d'anticiper les coups.

Les documents radiologiques attestent d'altérations dégénératives particulièrement entre C5-C6 et C6-C7.

Je n'ai pas pu étudier avec soin l'I.R.M faite 3 semaines après l'accident.

J'ai été surpris dans l'étude du dossier que finalement on se soit concentré à l'aspect dégénératif et qu'on n'ait pas réellement évalué l'aspect traumatique, dans le sens d'une instabilité ou d'une contrainte sur des articulations perturbées.

Les radiographies initiales montrent une asymétrie au niveau de la dens et des masses latérales de C1.
Il n'y a pas non plus de clichés fonctionnels de la colonne cervicale.
Pour cette raison j'ai fait effectuer des investigations complémentaires fonctionnelles sous forme d'un scanner. Et en ce qui concerne le myélum j'ai fait faire un IRM en flexion et extension.
Ces examens sont manifestement pathologiques avec un rétrécissement.
Probablement la vraie grande question est l'importance de ce rétrécissement. Ceci au sens de la création de symptômes.
L'analyse me semble s'être particulièrement focalisée sur une atteinte radiculaire. Il a été opéré au niveau de 2 tunnels carpiens (...)"

Par duplique du 22 mai 2013, l'intimée relève que la question de savoir si elle était en droit de mettre fin à ses prestations au 30 avril 2012 doit être appréhendée sous l'angle médical exclusivement et que les allégations du recourant sur la dynamique de l'accident du 8 novembre 2010 sont irrelevantes. Elle fait valoir pour le surplus que les rapports médicaux s'accordent sur l'existence de dégénérescences cervicales et souligne que le Dr I. _____ se contente d'indiquer qu'il est "possible d'imaginer une composante d'œdème s'installant progressivement", de sorte que cette hypothèse ne saurait remettre en cause la valeur probante de l'appréciation médicale de son médecin d'arrondissement le Dr Q. _____. L'intimée confirme ses conclusions tendant au rejet du recours et soutient que, dans ces circonstances, il peut être renoncé à toute autre mesure d'instruction.

Dans ses déterminations du 17 juin 2013, le recourant déplore à nouveau que l'intimée se soit selon lui orientée sur l'aspect dégénératif de ses affections, à l'exclusion de l'aspect traumatique, renouvelant ses réquisitions, savoir l'audition du Dr I. _____ et la mise en œuvre d'une expertise.

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 (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. 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, formé le 2 octobre 2012 contre la décision sur opposition du 3 septembre 2012, le recours a été interjeté en temps utile. Pour le surplus, il répond aux prescriptions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment) et est dès lors recevable.

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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le maintien du droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 avril 2012 en ce qui concerne l'accident du 8 novembre 2010.

3. a) 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. Est réputée 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 (art. 4 LPGA).

L'art. 6 al. 2 LAA prévoit que le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre

1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes :

- a. les fractures;
- b. les déboîtements d'articulations;
- c. les déchirures du ménisque;
- d. les déchirures de muscles;
- e. les élongations de muscles;
- f. les déchirures de tendons;
- g. les lésions de ligaments;
- h. les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a, 145 consid. 2b, et les références; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2^{ème} éd., 1989, p. 202). La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008, consid. 4.2 et les références).

L'obligation de l'intimée d'allouer, au-delà du 30 avril 2012, des prestations suppose l'existence, à ce moment-là, d'un lien de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 123 V

139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre cet événement et l'atteinte à la santé.

b) La causalité est naturelle 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. 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 181 consid. 3.1, 129 V 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

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 181 consid. 3.2, 129 V 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références).

c) D'après l'art. 36 LAA, les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1); les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes

de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après: TFA) a souligné à cet égard que, 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 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 a été causé ou aggravé par l'accident (TF U_149/04 arrêt du 6 septembre 2004 consid. 2.3, U_99 arrêt du 14 mars 2000; RAMA 1992 U 142 p. 75).

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. 340 ss; arrêt U 215/97 du 23 février 1999 consid. 3b dans RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv.). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

4. a) 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 (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le

juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b p. 360; 125 V 193 consid. 2 p. 195 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 p. 324 s.). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a p. 322).

b) En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 119 V 335 consid. 3c; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

5. a) Se référant notamment aux conclusions de son médecin-conseil le Dr Q._____, l'intimée retient que la symptomatologie persistant au-delà du 30 avril 2012 n'est plus imputable à l'événement assuré. Quant au recourant, il fait en substance valoir que seul l'aspect dégénératif a été investigué, et que le caractère traumatique de l'événement du 8 novembre 2010 n'a, à tort, pas été examiné. Il se prévaut à cet égard notamment de la remarque du Dr C._____ dans son rapport médical du 10 août 2011, selon lequel un syndrome post-traumatique a pu exister, ainsi qu'à l'avis médical du Dr I._____ du 26 novembre 2012. Il se réfère en outre à l'appréciation du Dr Q._____ qui mentionne qu'il souffre de cervicalgies très pénibles et déplore qu'il n'ait, selon lui, pas été tenu compte de ses souffrances, estimant que le statu quo sine vel ante n'est pas atteint. Le recourant soutient par ailleurs que le traumatisme cervical en cause correspond aux séquelles d'une atteinte type "coup du lapin", relevant que la question n'est pas de savoir si ses troubles revêtent une origine dégénérative, mais celle de savoir s'ils revêtent une origine *exclusivement* dégénérative.

b) Dans son rapport médical du 9 août 2012, le médecin d'arrondissement de l'intimée, le Dr Q._____, rapporte les constats suivants à la suite de l'examen clinique auquel il a procédé : la musculature para-vertébrale et le chef supérieur du trapèze sont objectivement tout à fait souples en dépit de vives réactions de retrait à leur palpation superficielle, la mobilité rachidienne est conservée - la

mobilisation s'effectuant toutefois avec précaution et l'assuré faisant valoir des douleurs en fin de course - il n'y a pas d'irradiation douloureuse dans les membres supérieurs lors des mouvements combinés de la nuque, les épaules sont tout à fait souples et leur mobilisation s'effectue librement, le tonus musculaire et la force sont conservés à tous les niveaux, il n'y a pas de trouble de la motricité fine ni de la coordination et l'assuré ne rapporte pas de trouble de la sensibilité. Le Dr Q._____ relève qu'il existe donc une discordance majeure entre l'ampleur des plaintes et les constatations objectives de l'examen clinique, qui n'a montré aucun signe d'atteinte radiculaire ou médullaire. Il en conclut que ce sont les lésions dégénératives étagées de la colonne cervicale qui sont bien susceptibles d'entraîner les douleurs dont l'assuré fait état. Relevant que ces lésions dégénératives étaient déjà présentes sur l'IRM cervicale réalisée 2 semaines seulement après l'accident du 8 novembre 2010, il considère qu'il y a donc "manifestement un état antérieur" que l'événement du 8 novembre 2010 a peut-être rendu symptomatique mais qui, dès lors qu'il n'a entraîné aucune lésion objectivable qu'on puisse directement lui rapporter, n'est pas susceptible de déployer indéfiniment des effets. Il suggère que la persistance de troubles "hors normes" tient peut-être à la personnalité de l'assuré et à ses croyances et estime qu'en tout état de cause, le "statu quo sine" est certainement atteint depuis longtemps.

L'appréciation médicale du Dr Q._____ se fonde sur des examens complets, prend en considération les plaintes exprimées par le recourant, a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse, est claire et ses conclusions sont dûment motivées; elle ne laisse subsister aucun doute sur l'étiologie des symptômes présentés par le recourant (origine dégénérative), de sorte qu'il y a lieu de lui reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence (cf. consid. 4b supra). Cela est d'autant plus vrai que les conclusions du médecin-conseil de l'intimée sont corroborées par les avis médicaux des autres spécialistes qui ont été appelés à se prononcer sur la situation médicale du recourant. Ainsi, le Dr D._____, qui a réalisé l'IRM cervicale du 29 novembre 2010, indique dans ses conclusions des troubles de la statique cervicale, un canal

cervical dégénérativement étroit en C5-C6 et un débord discal en C6-C7, ainsi qu'un potentiel conflit disco-ostéophyttaire C5-C6 et C6-C7. De même, le Dr C._____, spécialiste en neurologie, relève dans son appréciation médicale du 10 août 2011 que l'IRM cervicale effectuée 15 jours après l'accident montre un canal cervical dégénérativement étroit C5-C6, des altérations dégénératives discales ostéophytaires à prédominance gauche et qu'il n'y a pas de signes dans l'imagerie pour une myélopathie cervicale nécessitant une intervention. Il expose que l'examen neurologique auquel il a procédé n'a montré aucun déficit au niveau de la force, des réflexes ou de la sensibilité et qu'il a constaté que la musculature était symétriquement bien développée. Les Drs Z._____ et M._____ du Service de neurochirurgie du F._____ rejoignent leurs confrères sur la question de l'origine dégénérative des symptômes et douleurs présentées par le recourant puisque, dans leur rapport médical du 22 février 2012, ils indiquent avoir reçu le recourant à leur consultation du 6 février précédent et avoir constaté qu'il présentait une cervico-brachialgie foraminale à prédominance droite dans le contexte d'une discarthrose C5-C6 ainsi qu'une sténose foraminale à prédominance droite en C5-C6. Leur rapport médical du 22 mars 2012 indique pour sa part que l'ENMG du jour a révélé un tunnel carpien des deux côtés mais qu'il n'a pas mis en évidence de radiculopathie. Enfin, le Dr B._____, chef de clinique adjoint à la Clinique de L._____, répondant au questionnaire que l'avocate de l'assurance de protection juridique du recourant lui a adressé en juin 2012, indique comme diagnostics des cervico-brachialgies bilatérales présentes après un accident de la voie publique le 8 novembre 2010, une arthrose C5-C6 avec un canal cervical étroit au même niveau, une sténose foraminale C5-C6 et C6-C7 et un syndrome du tunnel carpien bilatéral, et précise que l'apparition de ces troubles est probablement liée à l'accident du 8 novembre 2010 mais qu'il n'y a pas de causalité entre les cervico-brachialgies et cet événement, le syndrome du tunnel carpien étant au demeurant sans relation aucune avec l'accident.

La concordance des avis médicaux rappelés ci-dessus s'agissant des diagnostics posés et plus particulièrement du caractère dégénératif des atteintes présentées par le recourant démontre bien que,

contrairement à ce que prétend celui-ci, sa situation médicale n'a pas été examinée sous le seul angle du caractère dégénératif de ses troubles cervicaux mais dans sa globalité. Cela étant, s'il n'est pas contesté que l'accident du 8 novembre 2010 a pu décompenser la situation durant une certaine période, ce qui a du reste conduit la CNA à prendre en charge temporairement le cas du recourant, il n'en demeure pas moins que l'IRM réalisée le 29 novembre 2010 montre les dégénérescences litigieuses et que, comme l'indique le Dr Q. _____ dans son rapport médical du 9 août 2012, "le statu quo sine est certainement atteint depuis longtemps", soit antérieurement au 30 avril 2012, date à laquelle l'intimée a mis un terme à ses prestations.

Au surplus, contrairement à ce que semble penser le recourant, dans son rapport médical du 10 août 2008, le Dr C. _____ qui rejoint l'avis de ses confrères sur le caractère dégénératif des troubles cervicaux présentés par son patient, ne fait état que d'un "possible" syndrome post-traumatique en se fondant d'ailleurs sur "ses [les] déclarations dramatiques [de l'assuré]", ce qui est insuffisant pour établir au degré de la vraisemblance prépondérante un lien de causalité naturelle entre l'événement du 8 novembre 2010 et les cervico-brachialgies. De même, contrairement à ce que soutient encore le recourant, le Dr I. _____ ne remet pas en cause le caractère dégénératif des cervico-brachialgies puisque, dans son rapport médical du 26 novembre 2012, il relève que "les documents radiologiques attestent d'altérations dégénératives particulièrement entre C5-C6 et C6-C7" - tout en reconnaissant n'avoir pu étudier avec soin l'IRM faite trois semaines après l'accident - et ajoute même, quelques lignes plus loin, que les examens complémentaires sous forme d'un scanner et d'une IRM en flexion et extension auxquels il a fait procéder ont révélé un rétrécissement et que, "probablement, la vraie grande question est l'importance de ce rétrécissement. Ceci au sens de la création de symptômes".

c) Le recourant fait également valoir que le traumatisme qu'il a subi s'apparente à un traumatisme de type "coup du lapin".

En matière de lésions au rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 335 sv. consid. 2; 117 V 359 sv. consid. 4b).

L'existence de lésions au rachis cervical doit être confirmée par des données médicales fiables. Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou se manifestent (TF 8C_792/2009 arrêt du 1^{er} février 2010, consid. 6.1 avec d'autres références).

En l'espèce, le recourant se contente de prétendre avoir subi un traumatisme de type "coup du lapin", sans développer ses arguments ni produire aucune pièce médicale corroborant ses allégations. Le rapport de police ne contient aucun élément ou témoignage pouvant se révéler utile pour examiner ce point. Il y a donc lieu de se fonder sur les déclarations de l'assuré, en tenant compte du fait que selon la jurisprudence, en cas de contradiction entre les premières déclarations de l'assuré et ses déclarations ultérieures, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a; 115 V 143 consid. 8c; TF, 9C_663/2009 arrêt du 1^{er} février 2010 consid. 3.2). Or, selon la fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-facial

complétée le 2 décembre 2010 par le Dr V._____, le recourant a déclaré qu'il s'attendait à la collision, portait sa ceinture de sécurité, avait la tête droite, en avant, et le corps droit. Il a expliqué n'avoir pas subi de choc à la tête; son appuie-tête était installé. Il n'a pas perdu connaissance, ni subi de trou de mémoire. Il a ressenti des douleurs à la nuque, mais n'a présenté ni céphalées, vertiges, nausées, vomissements, troubles de l'audition, de la vue ou du sommeil. Cela étant, on ne saurait considérer que les céphalées dont le recourant a fait état auprès du Dr C._____ le 10 août 2011, soit neuf mois après l'accident du 8 novembre 2010, ou auprès du Dr Q._____ le 9 août 2012, soit vingt-et-un mois après l'événement, puissent être mises en lien de causalité naturelle avec ce dernier ni d'ailleurs constituer un élément suffisant pour retenir qu'il ait subi un traumatisme de type "coup du lapin".

d) Enfin, le recourant se prévaut d'un arrêt rendu le 10 avril 2007 par le Tribunal fédéral (U 162/06) et paraît considérer que l'art. 9 al. 2 OLAA doit être appliqué à son cas. On ne saurait toutefois le suivre dans son argumentation. Il suffit en effet de constater que les cervico-brachialgies qu'il présente ne sont pas mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA, dont la liste est exhaustive. L'art. 9 al. 2 OLAA ne pouvant s'appliquer dans le présent cas, il n'est pas utile d'examiner plus avant la question de l'origine exclusivement ou partiellement dégénérative des troubles du recourant en lien avec cette disposition, comme le Tribunal l'a fait dans l'arrêt U 162/06.

e) En définitive, il y a lieu de considérer, pour les motifs exposés aux considérants 5a à 5d supra, que l'intimée était légitimée à refuser d'allouer au recourant des prestations d'assurance au-delà du 30 avril 2012, le statu quo sine étant atteint avant cette date.

f) L'instruction du dossier apparaissant suffisante, la requête du recourant tendant à l'audition d'un témoin ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise doit être rejetée, les éléments au dossier étant clairs, dénués de contradiction et permettant à la Cour de céans de statuer

(appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c).

6. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 3 septembre 2012 confirmée.

b) Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'est pas alloué de dépens (art. 56 al. 3 LPA-VD et 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 3 septembre 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires 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 :

- Me Marcel Waser, avocat à Lausanne (pour le recourant),
- Me Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :