

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 novembre 2017

Composition : Mme THALMANN, présidente
M. Neu et Mme Pasche, juges
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourant, représenté par RSM Risques & Sinistres Management Sàrl, à Montilliez,

et

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

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

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], est employé dans les bureaux de la société P._____. Il est assuré à titre obligatoire pour 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).

B. Par déclaration du 17 septembre 2014, P._____ a annoncé à la CNA que l'assuré avait été victime d'un accident de voiture en date du 11 septembre 2014. La partie du corps atteinte était la colonne cervicale et le type de lésion était une contusion. L'assuré avait interrompu le travail le 11 septembre 2014.

Dans un certificat médical du 11 septembre 2014, le Dr V._____, spécialiste en médecine interne générale, a attesté d'une incapacité de travail de 100 % dès le 11 septembre 2014. Le travail pouvait être repris à plein temps le 15 septembre 2014.

Par certificat médical du 15 septembre 2014, le Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale, a attesté d'une incapacité de travail de 100 % du 15 au 19 septembre 2014. Le même jour, le Dr L._____ a prescrit à l'assuré neuf séances de physiothérapie. Ce médecin indiquait sous la rubrique « Diagnostic(s) et indications confidentielles » ce qui suit : « AVP le 12.08 avec entorse cervicale. Angulaire omoplate droite, trapèze gauche et musculature sous occipitale contracturée ».

Dans un certificat médical du 23 septembre 2014, le Dr L._____ a prolongé l'incapacité de travail de 100 % jusqu'au 28 septembre 2014. L'activité pouvait être reprise à 50 % dès le 29 septembre 2014.

Lors d'un entretien téléphonique le 8 octobre 2014, l'assuré a expliqué à la CNA qu'il avait été percuté par un camion alors qu'il était « pied sur le frein et penché en avant » et qu'il avait heurté le montant du pare-brise de la tête puis l'appui-tête. Il ajoutait que la voiture était détruite. Il faisait état d'une nuque qui bloquait encore, de douleurs dans le bas du dos, de fourmis dans le pied droit en régression mais encore importantes dans la main droite, ainsi que de sifflements dans l'oreille droite.

Dans un questionnaire complété par l'assuré en date du 9 octobre 2014, ce dernier a notamment indiqué qu'il était apte à travailler à 50 % depuis le 29 septembre 2014.

Par certificat médical du 14 octobre 2014, le Dr L. _____ a attesté d'une incapacité de travail de 50 % du 28 septembre au 14 octobre 2014. Une reprise à 100 % était prévue pour le 15 octobre 2014.

Dans un rapport du 10 novembre 2014, le Dr L. _____ a diagnostiqué une entorse cervicale sur accident de la voie publique, des cervico-brachialgies en C6-C7 sur discopathie C5-6 et C6-7 avec irritation et une arthrose zygapophysaire C4-C5. L'évolution était qualifiée de lentement favorable et le pronostic était bon. Le Dr L. _____ précisait qu'une discarthrose pouvait influencer de manière défavorable le processus de guérison. Le traitement consistait en de la physiothérapie, des anti-inflammatoires et des myorelaxants. Le travail avait été repris à 100 % le 15 octobre 2014 et selon ce médecin, aucun dommage permanent n'était à craindre.

Le rapport de police du 23 septembre 2014 a été produit au dossier en date du 21 novembre 2014. Il ressort ce qui suit de l'intitulé « Circonstances » de ce document :

« M. M. _____, chauffeur professionnel, circulait au volant de son camion sur l'avenue [...] en direction de la rue de [...], incorporé dans une file de véhicules. Une voiture conduite par M. R. _____ se trouvait en tête de convoi. Les deux véhicules se sont arrêtés au signal "Cédez le passage" (fig. 3.02 OSR) du débouché de

l'artère qu'ils empruntaient sur l'avenue [...]. M. R. _____ a cédé la priorité à un véhicule provenant de sa gauche puis s'est engagé sur l'axe principal tout en obliquant à droite. Arrivé à la hauteur du passage pour piétons sis peu après, M. R. _____ s'est immobilisé pour accorder la priorité à un piéton. M. M. _____ qui suivait le véhicule R. _____ et qui observait la circulation venant de sa gauche, n'a pas remarqué que l'automobile R. _____ se trouvait à l'arrêt. L'avant du camion M. _____ heurta l'arrière de l'automobile R. _____.

Lors de notre arrivée sur les lieux, les conducteurs avaient déjà déplacé leurs véhicules respectifs afin de libérer la chaussée. »

Les dépositions des protagonistes ont été protocollées comme suit :

« M. M. _____ :

"J'ai pris connaissance de mes droits et obligations. J'accepte de répondre à vos questions sans la présence d'un avocat.

Jeudi 11.09.2014, vers 1410, je circulais, au volant du camion immatriculé [...], dans une file de véhicules sur l'avenue des [...], en direction de l'avenue [...]. Arrivé à l'intersection avec la dernière artère susmentionnée, je me suis arrêté et j'ai laissé une distance de sécurité d'environ 2 mètres avec l'automobile qui me précédait. Lorsque celle-ci s'est engagée sur l'axe principal en obliquant à droite, j'ai tourné la tête à gauche afin de voir si la voie était libre. Voyant que c'était le cas, je me suis également engagé dans la même direction que l'auto. Je n'ai pas vu que cette dernière s'était arrêtée au passage pour piétons et avec l'avant droit de mon camion, j'ai heurté l'arrière de la voiture immatriculée [...]. Je me suis immédiatement arrêté et je suis descendu de ma cabine afin de voir comment allait le passager du véhicule lésé. Après quoi, nous avons fait appel à vos services et avons libéré la chaussée au vu du fort trafic qui s'y trouve. Je faisais usage de la ceinture de sécurité et je ne suis pas blessé."

M. R. _____ a été entendu ultérieurement au poste de police en date du 11.09.2014, il a déclaré :

"J'ai pris connaissance de mes droits et obligations. J'accepte de répondre à vos questions sans la présence d'un avocat.

Le jeudi 11 septembre 2014, je circulais au volant de mon véhicule [...], de couleur [...], immatriculé [...] sur l'avenue [...] en direction de la rue de [...]. Arrivé au cédez-le-passage de l'intersection de l'avenue des [...] et de l'avenue [...], j'ai ralenti et j'ai vu un véhicule venant de ma gauche à qui je devais la priorité. Celui-ci a mis son indicateur de direction à droite afin de s'engager dans le parking de l'EMS [...]. J'ai freiné normalement et me suis totalement arrêté. Soudain, j'ai senti un choc venant de l'arrière et j'ai constaté qu'un camion avait heurté l'arrière de ma voiture avec son avant. Par la suite, nous avons déplacé les véhicules afin de ne pas gêner la circulation puis nous avons fait appel à la

police. Ressentant une douleur au niveau du côté gauche de ma tête, je me suis rendu au C._____ pour une consultation. Je faisais usage de la ceinture de sécurité et je suis blessé au niveau du côté gauche de ma tête et je ressens des douleurs au niveau de mes cervicales." »

Dans un rapport du 15 décembre 2014, le Dr L._____ a diagnostiqué une entorse cervicale suite à un accident de la voie publique, une discopathie C5-6 et C6-7 à prédominance postérolatérale droite, avec une probable irritation de la racine C6 et C7, ainsi qu'une arthrose postérieure C4-5. Selon le Dr L._____, l'évolution était excellente et le pronostic était qualifié de bon. Le traitement consistait en de la physiothérapie.

Dans un rapport du 2 mars 2015, le Dr L._____ a posé les diagnostics d'entorse cervicale sur accident de la voie publique, de décompensation d'une discopathie C5-6 et C6-7 à prédominance postérolatérale droite et irritation de C6 et C7 et d'arthrose postérieure. Dans la partie intitulée «Evolution », ce médecin indiquait ceci : « bonne évolution puis recrudescence des douleurs cervicales droites sans irradiation dans le MSD ». Le pronostic était qualifié de bon. Le traitement consistait en des séances de physiothérapie.

Dans un rapport du 17 juin 2015, le Dr L._____ a confirmé les diagnostics précités, précisant que son patient présentait de rares paresthésies dans la main droite en territoire C5-C6. Le pronostic était qualifié de bon et la discopathie devait se stabiliser.

Le dossier de la cause a par la suite été soumis au Dr N._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans sa prise de position du 6 juillet 2015, ce médecin a considéré que le lien de causalité restait probable jusqu'au 11 septembre 2015 et qu'à partir de cette date, on se trouvait en présence d'un statu quo sine en l'absence de lésions structurelles démontrées suite à l'événement. Il n'y avait pas d'indemnité pour atteinte à l'intégrité de prévue.

Dans un préavis du 4 septembre 2015, la CNA a informé l'assuré que selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistaient à ce jour n'étaient plus dus à l'accident, mais qu'ils étaient exclusivement de nature malade. Selon l'appréciation médicale, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (statu quo sine), pouvait être considéré comme atteint le 11 septembre 2015 au plus tard. Par conséquent, la CNA devait clore le cas à cette date concernant les suites de l'accident, réfuter tout droit à d'autres prestations d'assurance et mettre fin au versement des prestations d'assurance perçue jusqu'ici, à savoir les indemnités journalières et les frais de traitement. Il était précisé que la consultation prévue dans le courant du mois de septembre 2015 serait exceptionnellement prise en charge.

Par courriel du 6 septembre 2015, l'assuré a notamment indiqué à la CNA qu'il avait toujours des douleurs dans la nuque et sur le haut de la colonne vertébrale suite à l'accident de 2014. Il précisait être en traitement chez un ostéopathe à [...].

Par courrier du 27 septembre 2015, l'assuré a fait part à la CNA de ses objections à l'encontre du préavis du 4 septembre 2015. Il expliquait qu'avant l'accident, il n'avait jamais eu de problème à la nuque et que dit problème, qui persistait encore à ce jour, était dû uniquement à cet accident. Il considérait que ce n'était pas à son assurance-maladie de devoir assumer ces frais et rappelait qu'un camion l'avait percuté lors de cet accident.

Le dossier de la cause a une nouvelle fois été soumis au Dr N._____, lequel a mentionné ce qui suit, dans son appréciation médicale du 6 octobre 2015, sous la partie libellée « Evolution suivant les pièces communiquées » :

« La déclaration d'accident du 17.09.2014 mentionne que M. R._____ travaille depuis juillet 2014 en tant que chargé d'affaires pour une entreprise d'installations électriques. Le 11.09.2014, il a eu un accident de voiture. Il a consulté le Dr L._____ à [...].

En raison d'une entorse cervicale, le Dr L. _____ a demandé une IRM de la colonne cervicale, laquelle a eu lieu le 29.10.2014. Cet examen a révélé la présence d'une discopathie C5-C6 et C6-C7. Aucune lésion d'origine traumatique n'a été mise en évidence.

Le Dr L. _____ dans son rapport du 10.11.2014 pose le diagnostic d'entorse cervicale sur AVP. Cervico-brachialgies C6-C7 sur discopathie C5-C6 et C6-C7 avec irritations. Arthrose apophysaire C4-C5. Il décrit une évolution lentement favorable avec diminution des spasmes musculaires. Reprise de travail à 100 % depuis le 15.10.2015 [recte : 2014]. Traitement : physiothérapie, AINS et myorelaxants.

Dans son rapport médical intermédiaire du 15.12.2014, le Dr L. _____ décrit une excellente évolution. Prescription de physiothérapie.

Dans son rapport intermédiaire du 02.03.2015, le Dr L. _____ pose les mêmes diagnostics que lors de son premier rapport. Il décrit une bonne évolution puis recrudescence des douleurs cervicales D, sans irradiation au MSD. Il décrit qu'à partir du 27.01.2015, le traitement de physiothérapie a été repris.

Dans son rapport reçu le 17.06.2015, le Dr T. _____ diagnostique une entorse cervicale sur AVP. Décompensation post-AVP d'une discopathie C5-C6 et C6-C7. Il décrit que le patient a rarement des paresthésies à la main D en territoire C5-C6. Le pronostic est bon. Traitement par physiothérapie avec tractions neuro-méningées. »

Sous le chapitre intitulé « Appréciation », le Dr N. _____ a indiqué ceci :

« On peut conclure que, suite à l'événement du 11.09.2014, l'assuré a eu une entorse cervicale simple, de degré I à II selon la Quebec Task Force. Aucune lésion d'origine traumatique n'a été révélée.

L'examen IRM effectué en octobre 2014 a mis en évidence des troubles dégénératifs préexistants.

On peut établir un statu quo sine 1 année après l'événement traumatique, date à laquelle les lésions dégénératives sont à l'origine des douleurs de l'assuré.

Le fait que, dans le passé, il n'y jamais eu de problème à la nuque ne permet pas d'établir un lien de causalité probable entre les douleurs cervicales chroniques et l'événement survenu le 11.09.2014. »

Par décision du 11 novembre 2015, la CNA a confirmé qu'elle devait clore le cas et mettre fin aux prestations d'assurance au 11

septembre 2015, pour les motifs évoqués dans son préavis du 4 septembre 2015.

En date du 10 décembre 2015, l'assuré, par l'intermédiaire de RSM Risques & Sinistres Management Sàrl, a fait opposition à la décision précitée. À l'appui de cette écriture, l'intéressé invoquait que la détermination de l'assurance-accidents était basée sur l'avis, fondé sur les pièces médicales uniquement, du médecin d'arrondissement du 6 octobre 2015. Il relevait notamment que ce médecin ne l'avait jamais examiné dans le cadre de son analyse et que la position de la CNA n'était aucunement accompagnée d'une expertise médicale. L'assuré expliquait en outre qu'il avait subi un choc particulièrement brutal, que son véhicule avait été totalement détruit, prouvant la violence du heurt, que le coup ainsi porté au niveau des cervicales avait été très fort et que celui-ci avait été amplifié par un mouvement extrême de la nuque d'avant en arrière, ce qui avait provoqué une importante entorse cervicale. L'assuré ajoutait qu'il n'avait jamais eu de problèmes ni de douleurs aux cervicales et qu'il n'avait jamais consulté de médecin à ce sujet avant l'accident du 11 septembre 2014. En outre, il produisait un certificat médical non daté du Dr L. _____, adressé à la CNA, dont la teneur est la suivante :

« Vous mentionnez dans votre courrier que j'ai retenu le diagnostic d'une entorse cervicale et que j'ai demandé une résonance magnétique de la colonne cervicale. Je tiens à préciser que dans mon rapport du 10.11.2014, je décris des cervico-brachialgies droites depuis son accident de la voie publique du 17.09.2014, dans le territoire C6-C7. Ces douleurs n'existent pas avant l'accident. Je confirme également que l'I.R.M. cervicale n'a pas montré de lésion traumatique mais qu'au-delà d'une discopathie C5-C6 et C6-C7, une irritation possible des racines C6 et C7 à droite a été mise en évidence avec une arthrose zygoapophysaire postérieure C4-C5 en forte poussée congestive droit. L'évolution a été favorable dans un premier temps puis le patient m'a consulté régulièrement pour une recrudescence de ses cervico-brachialgies C6-C7 probablement d'origine radiculaire avec une composante de Trigger sur crispation du trapèze dont son faisceau supérieur à droite.

Dans le courrier que vous adressez à l'assuré, vous décrivez un rapport du Docteur T. _____ qui conclut à une entorse cervicale sur accident de la voie publique. Il décrit une décompensation d'une discopathie C5-C6 C6-C7. Il décrit également que le patient a rarement des paresthésies à la main droite en territoire C5-C6 et que le pronostic est bon et qu'un traitement par physiothérapie

par traction neuro-méningée est suffisant. Le patient n'a pas souvenir d'avoir consulté le Docteur T._____ et je vous remercie de m'adresser une copie de son examen clinique car après 12 mois d'accident, le patient présente de façon on-off des paresthésies intermittentes dans le territoire mentionné. Je tiens également à préciser que le patient ne présentait pas de douleurs ni de paresthésie avant son accident de la voie publique. Je vous remercie de prendre en considération ces éléments et de m'adresser comme mentionner une copie du Docteur T._____ afin de comparer nos examens cliniques et nos observations. Je vous remercie également de vous prononcer sur l'origine de ces cervicobrachialgies. »

L'assuré estimait que l'appréciation du Dr L._____ ne correspondait pas à celle du médecin d'arrondissement car selon lui, les cervico-brachialgies droites avaient été provoquées par l'accident du 11 septembre 2014 et n'avaient pas une origine postérieure à cet événement. Il ajoutait que l'IRM avait démontré une irritation possible des racines C6 et C7 à droite et qu'il présentait encore actuellement des paresthésies intermittentes à la main droite en territoire C5-C6. L'assuré contestait l'opinion de la CNA selon laquelle le statu quo sine avait été atteint et considérait que dans un tel cas, on serait en présence d'une affection psychosomatique. À cet égard, se fondant sur l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 en la cause 9C_492/2014, l'assuré estimait que l'appréciation du médecin d'arrondissement ne respectait pas cette nouvelle jurisprudence. Enfin, même en cas d'un état dégénératif préexistant, l'assuré était d'avis que celui-ci n'avait aucune influence sur les troubles actuels.

Dans un avis médical du 17 décembre 2015, le Dr N._____ a considéré que les indications fournies par l'assuré à l'appui de ses objections n'étaient pas en mesure de modifier sa prise de position.

Par décision sur opposition du 22 décembre 2015, la CNA a rejeté l'opposition, précisant qu'un éventuel recours n'aurait aucun effet suspensif. À l'appui de sa décision, l'assurance-accidents se fondait sur l'appréciation de son médecin d'arrondissement, selon laquelle un statu quo sine était établi à une année de l'accident, qui avait occasionné une entorse cervicale simple de degré I à II selon la Quebec Task Force. Aucune lésion d'origine traumatique n'avait été révélée. La CNA ajoutait

aussi que le fait qu'avant l'accident, l'assuré n'avait jamais souffert de la colonne cervicale ni de paresthésies n'avait aucune influence sur l'issue de la procédure. En effet, un raisonnement fondé sur l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurances-sociales et ne pouvait être admis comme moyen de preuve. La CNA était également d'avis que le certificat du médecin traitant produit à l'appui de l'opposition ne contenait aucun élément permettant de douter des conclusions émises par le médecin d'arrondissement. Selon l'assurance, même si les troubles présentés par l'assuré ne pouvaient s'expliquer d'un point de vue organique, sa responsabilité devait également être niée. Se fondant sur la jurisprudence applicable pour les accidents du type « coup du lapin », la CNA a considéré qu'aucun des critères jurisprudentiels pour admettre la causalité adéquate n'était rempli dans le cas de l'assuré. Elle estimait par conséquent que c'était à bon droit qu'elle avait mis un terme au paiement des frais de traitement au 11 septembre 2015.

C. Par acte du 1^{er} février 2016, R._____ a interjeté recours à l'encontre de la décision sur opposition du 22 décembre 2015, concluant à l'annulation de celle-ci ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise médicale. À l'appui de son écriture, le recourant réitère en substance les arguments contenus dans son opposition à la décision du 11 novembre 2015. Il ajoute que le traitement médical n'est pas encore terminé et précise qu'il ne souffrait pas de la nuque avant l'évènement du 11 septembre 2014 et qu'il n'a jamais consulté de médecin pour un quelconque problème à la nuque auparavant.

Le même jour, le recourant a produit un rapport du 1^{er} février 2016 du Dr I._____, spécialiste en neurochirurgie, adressé au Dr L._____, dont la teneur est la suivante :

« Comme tu le sais, ce patient a été victime d'un accident de voie publique en septembre 2014 avec un camion qui l'a embouti par derrière alors qu'il était à la place du conducteur. Le patient a eu une hyper extension de la nuque et dès le lendemain, a présenté des cervico-brachialgies droites associées à des paresthésies dans le

2ème et le 3ème doigts de la main droite. Par la suite, les brachialgies ont diminué mais le patient a gardé les paresthésies dans les doigts de la main droite ainsi que des douleurs d'allure musculaire au niveau de la nuque ainsi qu'entre les omoplates.

A l'examen clinique du jour, il n'y a aucun déficit sensitivo-moteur aux membres supérieurs avec des réflexes ostéotendineux qui sont normotifs et symétriques. On ne note pas de franche contracture musculaire paracervicale et les mouvements de la nuque dans les divers axes sont effectuables sans limitation.

Une IRM de la colonne cervicale a été effectuée ce jour ne montrant aucune compression médullaire ni radiculaire. Il n'y a pas de lésion disco-ligamentaire visualisée.

L'IRM est donc rassurante et dans ces conditions, il n'y a pas lieu de proposer un geste neurochirurgical à ce patient. Je n'ai pas prévu d'autre contrôle. Comme tu le sais, ce patient est en conflit avec la SUVA et étant donné la normalité de l'IRM, il sera à mon sens difficile de garder ouvert le dossier accident de ce patient mais Monsieur R. _____ est décidé à se battre pour cela. »

Dans sa réponse du 2 mars 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle estime que les plaintes de l'assuré proviennent des lésions dégénératives constatées suite à l'accident du 11 septembre 2014. Selon elle, en l'absence de lésions d'origine traumatique mises en évidence dans les suites de cet événement, respectivement à plus d'une année de celui-ci, son médecin d'arrondissement était fondé à conclure que le statu quo sine était atteint le 12 septembre 2015. Pour la CNA, l'appréciation du Dr L. _____, qui se fonde essentiellement sur l'adage « post hoc, ergo propter hoc », ne saurait faire admettre le contraire. Pour le surplus, elle renvoie à sa décision sur opposition du 22 décembre 2015.

Par courrier du 9 mars 2016, le recourant a informé la Cour de céans qu'il n'avait aucune explication complémentaire à formuler ni aucun document à produire.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le présent litige porte sur la question de savoir si la CNA était légitimée à mettre fin aux prestations d'assurance au 11 septembre 2015, date du statu quo sine fixé par le médecin d'arrondissement de l'intimée, le Dr N._____.

3. 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. 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. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). En outre, selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité.

4. a) 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. En effet, 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 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

b) 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 réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état

maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et réf. cit.). 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 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

S'agissant plus particulièrement des troubles dorsaux, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 200 p. 45). Selon une jurisprudence constante, l'aggravation traumatique d'un état dégénératif antérieur cliniquement asymptomatique de la colonne vertébrale se résorbe en général dans un délai de six à neuf mois, mais au plus tard après un an (TF 8C_1009/2009 du 4 mai 2010, consid. 3.1.1 et réf. cit.).

c) Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent,

purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

d) Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 en assurances sociales. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

e) En matière de lésions au rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-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 consid. 2 et 117 V 359 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 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 et réf. cit.).

5. a) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 125 V 456 consid. 5a et réf.cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

b) Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, 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 ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et réf.cit.).

c) Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : MEYER, Soziale Sicherheit, 3^e éd., p. 934 n° 122). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger

du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les réf. cit.).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3). Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite du peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat puisse être admis. Dans le cas d'un accident de gravité moyenne (au sens strict, soit qui ne se trouve pas à la limite de la catégorie des accidents graves ou de peu de gravité), le Tribunal fédéral a retenu que trois critères au moins doivent être réalisés sans intensité particulière ou un critère de manière particulièrement marquée pour pouvoir admettre le lien de causalité adéquate (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., p. 935 s n° 123 et réf. cit.).

Parmi l'abondante jurisprudence en matière d'accidents de la circulation, on peut préciser que le Tribunal fédéral considère qu'une collision par l'arrière alors que le véhicule est à l'arrêt devant un feu de signalisation ou un passage pour piétons constitue en règle générale un accident de gravité moyenne, à la limite d'un cas de peu de gravité (RAMA 2005 p. 236). Dans une telle situation, il faut que quatre critères au moins soient réunis pour que le lien de causalité adéquat puisse être admis (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., p. 942 n°133 ; TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2009 consid. 4.1 et 4.5).

d) S'agissant plus particulièrement de la causalité adéquate en matière d'accident de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue à celui-ci ou d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il n'est pas nécessaire d'établir si, sous l'angle médical, les atteintes mentionnées ont une origine somatique ou psychique. Pour décider dans un tel cas de l'existence ou non du lien de

causalité adéquate, on applique par analogie les mêmes critères que pour une atteinte psychique, mais avec certaines modifications (ATF 134 V 109 consid. 10.3). Ces critères sont formulés de la manière suivante :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé) ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé) ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée) ;
- l'intensité des douleurs (formulation modifiée) ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé) ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé) ;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée).

Dans le cas où les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, sont relégués au second plan par une atteinte psychique prépondérante, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (cf. consid. 5c supra et FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., p. 941 n° 131 et p. 943 n°s 136 et 137 et réf. cit.).

e) Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du

lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

6. De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. 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 et réf. cit.; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert

qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2.).

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) Si l'administration 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 d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

8. a) En l'espèce, sur le plan somatique, le recourant conteste la position de la CNA, fondée sur l'appréciation du Dr N._____ selon laquelle les troubles qui persistent après le 11 septembre 2015 ne sont plus dus à l'accident mais sont exclusivement d'origine dégénérative. Il reproche notamment à ce médecin de ne pas l'avoir examiné et considère que son appréciation est contredite par celle du Dr L._____.

Comme l'explique le médecin d'arrondissement de l'intimée, suite à l'accident, le recourant a présenté une entorse cervicale simple, de degré I à II selon la Quebec Task Force, et les examens n'ont révélé aucune lésion traumatique, ce qui est d'ailleurs confirmé par le Dr L._____ (cf. notamment rapport non daté de ce médecin produit par le recourant à l'appui de son opposition à la décision de la CNA du 10 décembre 2015). Le Dr N._____ indique que l'IRM effectuée en octobre 2014 a par contre mis en évidence des troubles dégénératifs préexistants et que dans ces conditions, le statu quo sine peut être fixé une année après l'événement traumatique (cf. prise de position de ce médecin du 6 juillet 2015 et appréciation médicale du 6 octobre 2015). Le recourant conteste cette appréciation, se fondant sur l'avis de Dr L._____ selon lequel l'intéressé présente des cervico-brachialgies droites et des paresthésies depuis l'accident qui n'existaient pas avant cet événement.

Cependant, l'opinion du Dr N._____, qui est par ailleurs spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, concorde avec la doctrine médicale selon laquelle l'aggravation traumatique d'un état dégénératif antérieur cliniquement asymptomatique de la colonne vertébrale se résorbe généralement dans un délai de six à neuf mois, mais au plus tard un an (cf. supra consid. 4b). Cette appréciation est en outre corroborée par les constatations du Dr I._____, lequel observe dans son rapport du 1^{er} février 2016 que l'IRM effectuée le même jour est normale, en particulier qu'elle ne montre aucune compression médullaire ni radiculaire, ni de de lésion disco-ligamentaire. A relever que ce médecin précise qu'au vu de la normalité de l'IRM, il sera selon lui difficile de garder ouvert le dossier accident de ce patient. De surcroît, contrairement à ce qu'invoque le recourant, on ne saurait considérer, sur la base des déclarations du Dr L._____, que les douleurs dont il souffre sont, pour la période postérieure au 11 septembre 2015, en lien de causalité avec l'événement du 11 septembre 2014 puisqu'il n'avait jamais souffert de ces troubles avant l'accident. En effet, le fait que les symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après le 11 septembre 2014, comme le relève le médecin-traitant, ne suffit pas à établir un rapport de causalité avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; cf. consid. 4c supra).

Au vu de ces éléments, force est de constater que l'appréciation du Dr N._____ est convaincante, motivée, qu'elle concorde avec la doctrine médicale en la matière et qu'elle est exempte de contradictions, de sorte qu'elle doit être suivie. Le fait que ce médecin n'ait pas examiné personnellement le recourant ne saurait justifier de s'écarter de son appréciation, dès lors que dans le cas d'espèce, le Dr N._____ s'est prononcé sur la base du dossier médical complet du recourant. Au demeurant, l'assuré ne possède pas de droit en tant que tel à être vu par le médecin d'arrondissement.

Autrement dit, d'un point de vue somatique, c'est à juste titre que la CNA a considéré que le statu quo sine avait été atteint le 11 septembre 2015 et qu'à partir de cette date, les troubles qui subsistent

sont dus uniquement aux lésions dégénératives mises en évidence par l'imagerie médicale.

b) Au cas où les troubles présentés par le recourant ne pourraient pas s'expliquer sur le plan organique, l'intimée a estimé, sur la base de la jurisprudence en matière d'accidents de type « coup du lapin », que sa responsabilité devait également être niée. Elle a cependant laissé ouverte la question de la causalité naturelle entre l'accident et les plaintes relatées, partant du principe que les conditions pour admettre la causalité adéquate n'étaient de toute manière pas réalisées.

Au vu de la jurisprudence en la matière (cf. supra consid. 5c in fine), l'accident de voiture subi par le recourant, à savoir une collision par l'arrière alors qu'il se trouvait à l'arrêt, peut être qualifié de gravité moyenne, à la limite d'un cas de peu de gravité. Il faut ainsi qu'au moins quatre des critères développés par la jurisprudence soient réalisés pour que le lien de causalité adéquate puisse être admis (cf. supra consid. 5c). Or en l'espèce, force est d'admettre que tel n'est pas le cas.

En effet, en premier lieu, on constate que les circonstances concomitantes de l'accident ne sont pas particulièrement dramatiques et que le caractère de l'accident n'est pas particulièrement impressionnant. Certes, le véhicule du recourant a été passablement endommagé par le choc. Toutefois, au moment de l'impact, les protagonistes ne circulaient pas à une vitesse spécialement élevée. Après l'accident, le recourant a en outre été capable de déplacer son véhicule pour libérer la chaussée avant l'arrivée de la police. On ne peut pas non plus considérer que l'assuré a subi des lésions physiques d'une gravité ou d'une nature particulière. Il s'avère que ce dernier a souffert d'une entorse cervicale suite à l'accident. Cet événement a en outre révélé une affection dégénérative préexistante. Par ailleurs, on rappellera que le diagnostic de distorsion cervicale ou de traumatisme cervical ne suffit pas à lui seul pour admettre le critère de gravité de la lésion ; il faut au contraire que les troubles typiques du tableau clinique caractéristique soient particulièrement graves ou que d'autres circonstances influencent l'ensemble des troubles, ce qui n'est

pas le cas en l'espèce (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., p. 941 n° 132). Le recourant n'a pas non plus été soumis, durant une période prolongée, à un traitement médical spécifique et pénible, du moment que les soins administrés ont consisté, en substance, en des séances de physiothérapie et à la prise d'antidouleurs et de myorelaxants. Il ne résulte pas non plus de l'examen du dossier que les douleurs aient été d'une intensité particulière, le recourant ayant d'ailleurs pu reprendre le travail à 50 % dès le 29 septembre 2014 puis à 100 % dès le 15 octobre 2014. Enfin, le recourant n'a pas été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident et il n'existe pas non plus de difficultés apparues au cours de la guérison, ni de complications importantes. Autrement dit, aucun des critères développés par la jurisprudence n'est réalisé en l'espèce.

Il ne ressort pas du dossier qu'R._____ ait souffert de troubles psychiques prépondérants suite à l'accident du 11 septembre 2014. Le recourant ne l'invoque d'ailleurs pas. Même si tel était le cas, les conditions pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate ne seraient de toute manière pas réalisées. En particulier, si le critère des douleurs physiques persistantes pourrait à la rigueur être admis, ce n'est pas le cas des autres critères, notamment celui de la durée anormalement longue du traitement médical et celui du degré et de la durée de l'incapacité de travail dues aux lésions physiques (cf. supra consid. 5c, 5d et 8b).

c) On constate ainsi que les critères développés par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité adéquate ne sont pas réalisés dans le cas d'espèce. C'est donc à juste titre que l'intimée a considéré que sous l'angle de la jurisprudence applicable à un traumatisme de type « coup du lapin », la causalité adéquate ne pouvait pas non plus être admise. On précisera que même à considérer que l'accident se trouve dans la catégorie des accidents de gravité moyenne au sens strict, soit un accident qui ne se trouve pas à la limite de la catégorie des accidents graves ou de peu de gravité, le résultat est le

même, puisque le recourant ne remplit tout au plus qu'un seul des critères jurisprudentiels.

Dans ces conditions, même si au vu des constatations médicales il semble peu probable que le recourant ait présenté un tableau clinique caractéristique d'une lésion du type « coup du lapin » ou d'une lésion assimilée, la question de la causalité naturelle peut rester indécisée (ATF 135 V 465 consid. 5.1 et TF 8C_892/2012 du 29 juillet 2013 consid. 4).

d) Au vu de ce qui précède, c'est donc à juste titre que la CNA a mis un terme au versement des prestations de l'assurance-accidents au 11 septembre 2015 au motif que les troubles qui subsistent à partir de cette date ne sont plus dus à l'accident, mais sont exclusivement de nature malade.

9. a) Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant, à savoir la mise en œuvre d'une expertise. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; cf. consid. 7b).

Le recourant ne saurait en outre se fonder sur l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 en la cause 9C_492/2014 publié aux ATF 141 V 281, relatif aux troubles somatoformes douloureux pour obtenir une expertise médicale. En effet, même si une telle atteinte devait être diagnostiquée, la causalité adéquate entre l'événement accidentel et les troubles postérieurs au 11 septembre 2015 a d'ores et déjà été niée sous l'angle de la jurisprudence sur les troubles sans preuve d'un déficit organique objectivable de type « coup du lapin ». Au demeurant, l'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit, qui doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par les experts médicaux

(FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., p. 934 n° 118 et réf. cit). Il est donc superflu d'administrer ces preuves (cf. supra consid. 5b).

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

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

Au vu de l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents le 22 décembre 2015 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 :

- RSM Risques & Sinistres Management Sàrl (pour R. _____), à Montilliez,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- 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 :