

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 janvier 2018

Composition : Mme BERBERAT, présidente
M. Bonard et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourant,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA ; 43 al. 1 LPGA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1986, travaille depuis juin 2009 comme ouvrier dans les espaces verts et forêts pour la commune de [...]. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 8 septembre 2014, il a chuté d'un arbre d'une hauteur de deux à trois mètres et a atterri sur le dos. Le jour même, il s'est rendu au service des urgences de l'Hôpital de [...] où il a été examiné par le Dr P._____, qui a diagnostiqué une contusion lombaire. Le Dr P._____ a relevé l'absence de traumatisme cérébral et de perte de connaissance ; l'assuré s'était relevé seul et était arrivé aux urgences en marchant. La palpation du rachis s'est avérée non douloureuse et l'assuré ne présentait pas de troubles de la sensibilité ni de trouble moteur. La radiographie de la colonne lombaire effectuée n'a pas mis en évidence de fracture.

Le 20 septembre 2014, le Dr U._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-traitant de l'assuré, a établi un arrêt de travail, soit à 100 % depuis le 11 septembre 2014, puis à 50 % à partir du 6 octobre 2014 et enfin à 0 % dès le 27 octobre 2014.

Le 6 octobre 2014, l'employeur de l'assuré a annoncé cet accident à la CNA. Il a indiqué sur la déclaration de sinistre que l'assuré souffrait d'une « entorse colonne » et qu'il avait repris son travail à 50 % le 6 octobre 2014.

Par courrier du 8 octobre 2014, la CNA a informé l'assuré qu'elle prenait en charge les suites de cet accident.

Une IRM cérébrale effectuée le 14 novembre 2014 n'a pas révélé de lésion susceptible d'expliquer les céphalées frontales dont se

plaignait le patient. Il n'y avait notamment pas d'hémorragie intracrânienne ni de processus expansif.

Une échographie cervicale et un scanner thoraco-abdomino-pelvien ont été réalisés le 16 mars 2015, alors que l'assuré présentait une baisse de l'état général et une perte de sang dans les selles. Aucune lésion n'a pu être mise en évidence par ces examens.

Le Dr X._____, médecin praticien spécialiste en neurologie, a procédé à un examen électrophysiologique de l'assuré le 23 mars 2015. Dans son rapport médical du même jour, il a noté que l'assuré souffrait de fourmillements et d'une sensation de fatigue généralisée avec vision floue depuis l'accident. Cette symptomatologie n'était pas fluctuante et était associée à de nombreux symptômes comme des vertiges et des céphalées importantes sous forme de migraines. L'examen ENMG (électroneuromyographique) était normal et ne montrait pas d'atteinte nerveuse périphérique. Le Dr X._____ a conclu que la symptomatologie présentée par le patient était comme celle observée lors d'un « coup du lapin ».

L'assuré a été vu le 30 mars 2015 par le Dr Z._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie. Ce dernier n'a pas trouvé d'anomalie particulière spécifique sur le plan ORL et a estimé que les manifestations présentées par l'assuré pouvaient parfaitement rentrer dans le cadre d'un équivalent de syndrome post-traumatisme. Il a en outre relevé que l'assuré se décrivait très invalidé par ces symptômes dans sa vie professionnelle et privée, ce qui jouait sur son moral.

L'assuré présentant des fourmillements aux membres supérieurs à prédominance droite, une IRM de sa colonne cervicale et dorsale (de C0 à L1) a été réalisée le 20 avril 2015 par la Dresse L._____, spécialiste en radiologie. Elle a mis en évidence une fracture aplatissement centrale de D12, sous forme d'une discrète diminution de la hauteur du corps vertébral, associée à un aspect oedématié de la moelle osseuse. Cette fracture semblait stable. La Dresse L._____ a précisé

que les aspects présents évoquaient une fracture en relation avec l'ancienne chute.

Dans un rapport médical du 28 juillet 2015, la Dresse F._____, spécialiste en ophtalmologie, a indiqué avoir examiné l'assuré les 16 et 23 mars 2015 en raison des céphalées, des vertiges rotatoires ainsi que de la vision trouble dont il souffrait suite à sa chute d'une hauteur de trois mètres.

Le 11 septembre 2015, l'assuré a passé une IRM du sacrum en raison de la présence d'un kyste sacro-coccygien. Aucune autre lésion n'était visible sur les coupes analysées.

Dans un certificat médical du 18 septembre 2015, le Dr Z._____ a confirmé à la CNA que les manifestations vestibulaires s'accompagnant de manifestation générale neurovégétative étaient secondaires à l'accident de septembre 2014.

Dans un rapport médical intermédiaire adressé à la CNA le 26 octobre 2015, le Dr U._____ a posé le diagnostic de céphalées intermittentes avec vertiges d'origine encore indéterminée. L'évolution était stable et le pronostic à réévaluer. Le Dr U._____ a précisé que la reprise du travail s'était faite à 100 % le 13 avril 2015, pour ce qui le concernait.

Le 23 février 2016, le Dr U._____ a rempli un nouveau rapport médical LAA dans lequel il a retenu les diagnostics de fracture D12, céphalées post-traumatiques et whiplash trauma cervical.

Dans un rapport médical du 23 février 2016, la Dresse N._____, spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, a indiqué que l'assuré se plaignait de cervico-céphalées chroniques post traumatiques et présentait une névrite C2-C3 racine pour laquelle une infiltration de cortisone avait été effectuée le 19 novembre 2015.

Dans un rapport médical du 1^{er} mars 2016, le Dr B._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a exposé que, suite à l'accident, l'assuré avait développé une symptomatologie triple de céphalées frontales lancinantes péjorées par l'activité physique, de vertiges et de fatigue chronique très fluctuante, qui tombaient progressivement sur son moral. Sur conseil de son médecin, l'assuré le consultait pour des séances d'hypnose, lesquelles avaient permis une diminution des symptômes résiduels au traumatisme et une amélioration de l'humeur.

L'assuré présentant des céphalées en aggravation, une nouvelle IRM cérébrale a été réalisée le 15 mars 2016. Elle a montré l'apparition d'une plage hyperintense de 15 mm en situation méningée à la voûte crânienne, faisant suspecter l'apparition des granulations de Pacchioni ou d'un méningiome. Il n'y avait pas d'autre anomalie visible ou modification par rapport à l'IRM datant de 2014.

Dans un rapport médical établi le 7 avril 2016, la Dresse N._____ a indiqué suivre l'assuré en raison de céphalées chroniques post-traumatiques qui montaient avec une intensité d'une douleur de la base de 3-4/10 jusqu'à 7-8/10 au niveau occipital et temporal. Le patient avait des crises de céphalées environ 15 fois par mois, pendant une durée de 12 à 24 heures, et des maux de tête normaux 8 jours par mois. Les médicaments anti-inflammatoires restaient sans effet sur les douleurs. Il arrivait à travailler à plein temps, avec toutefois des maux de tête élevés surtout l'après-midi après des efforts, raison pour laquelle il avait arrêté toutes ses activités sportives et perdu 12 kg de masse musculaire. Un traitement par injection de cortisone était en cours et, en fonction de ses résultats, une intervention chirurgicale était envisagée.

Le Dr I._____, spécialiste en neurologie et médecin-conseil de la CNA, a examiné le dossier de l'assuré et s'est prononcé comme suit dans son rapport du 6 juin 2016 :

« Les différentes pièces du dossier relatent de manière concordante que M. C. _____ était tombé à plat sur le dos d'une hauteur de 3

mètres environ le 08.09.2014, alors qu'il était en train de travailler sur un arbre. Nous disposons d'un document médical contemporain de l'accident; il s'agit du rapport de l'examen réalisé en urgence à l'Hôpital de [...] ([...]) immédiatement après cet évènement. Selon ce document, M. C. _____ s'était rendu à pied dans cet établissement et il ne se plaignait d'aucuns symptômes moteurs ou sensitifs affectant les extrémités inférieures, ce que confirmait d'ailleurs le Dr P. _____. Soulignons aussi que ce médecin n'avait constaté aucune douleur lors de son examen du rachis de l'assuré. Au chapitre de l'anamnèse, il avait indiqué également que la chute dont M. C. _____ avait été victime n'avait entraîné ni traumatisme crânien, ni perte de connaissance. D'ailleurs, les radiographies du rachis lombaire réalisées dans la foulée n'avaient montré aucunes suites du traumatisme subi.

Le sinistre avait été déclaré le 06.10.2014 par l'employeur de l'assuré, c'est-à-dire par l'administration communale de [...]. Toutefois, le Dr U. _____, spécialiste en médecine interne à [...] et médecin de famille de l'assuré, ne rédigeait de certificat médical initial LAA que le 23.02.2016, suite à la demande pressante de la Suva. Dans ce rapport, il indiquait que M. C. _____ l'avait consulté le 15.09.2015. Cette date est vraisemblablement erronée, dans la mesure où le Dr U. _____ mentionnait que l'assuré s'était rendu auparavant à l'Hôpital de [...] ([...]). Par conséquent, je suppose que le médecin de famille voulait dire le 15.09.2014. À ce sujet, il faut relever que le Dr U. _____ ne pouvait avoir connaissance de l'existence d'une fracture de vertèbre à cette date, c'est-à-dire le 15.09.2014. En effet, cette lésion n'a été diagnostiquée qu'en date du 20.04.2015, grâce à un CT-scan; M. C. _____ avait consulté à ce moment-là le Dr W. _____, de la Clinique de [...], et il lui avait fait part de fourmillements des deux extrémités supérieures. En outre, il est vrai que le Dr U. _____ évoquait des céphalées post-traumatiques dans son certificat médical initial LAA, mais il ne détaillait pas son propre examen de l'assuré. Quel est le lien chronologique des maux de tête de M. C. _____ avec l'évènement accidentel? Nous ne pouvons apporter de réponse claire à cette question. Nous savons seulement qu'une IRM cranio-cérébrale avait été effectuée le 14.11.2014 à [...] en raison des céphalées frontales de l'assuré. Les résultats de cet examen étaient sans particularités, selon le Dr V. _____, neuroradiologue. Cette appréciation était confirmée par une nouvelle IRM cranio-cérébrale du 15.03.2016. Par conséquent, il n'y a pas de modifications structurales objectivables dans la région de la tête qui reflète des séquelles accidentelles. Soulignons qu'il n'est pas licite de diagnostiquer un traumatisme de la tête ou une entorse du rachis cervical en se fondant uniquement sur des symptômes tels que des vertiges ou une vision floue.

Conclusion

Dans le cas présent, les critères de céphalées post-traumatiques, tels qu'ils sont définis par la Fédération européenne des sociétés de neurologie (EFNS [European Federation of Neurological Societies]) ne sont pas satisfaits. Il n'est pas prouvé que M. C. _____ avait été victime le 08.09.2014 d'un traumatisme de la région de la tête ; d'autre part, un lien chronologique étroit, c'est-à-dire égal ou inférieur à 7 jours entre le début des maux de tête et le traumatisme jugé responsable, n'est pas mentionné dans les rapports médicaux

dont on dispose [The International Classification of Headache Disorders : 3rd edition (beta version). Cephalalgia 2013(33):629-808]. Aucunes modifications structurelles objectivables, susceptibles d'expliquer des symptômes comme des maux de tête, des vertiges rotatoires, des troubles visuels ou des fourmillements des extrémités supérieures, n'ont été mises en évidence. De même, la neuropathie bilatérale du nerf occipital majeur diagnostiquée par le Dr N._____ n'a pas de lien de causalité de vraisemblance prépondérante avec l'évènement accidentel. Dans le cadre de la présente appréciation, nous ne sommes pas en mesure de déterminer si la fracture de D12, diagnostiquée le 20.04.2015, remonte à l'accident du 08.09.2014; toutefois, ce point est sans importance, si l'on s'en tient à la question qui fait l'objet de la présente évaluation. En effet, le CT-scan du rachis dorsal du 20.04.2015 avait été demandé en raison de fourmillements dans les bras et non pas à cause de douleurs dorso-lombaires. Des lésions de la partie inférieure du rachis dorsal ne peuvent pas provoquer de troubles sensitifs des extrémités supérieures, ne serait-ce que pour de simples raisons anatomiques.

L'IRM cranio-cérébrale du 14.11.2014 met un point final à la question portant sur des séquelles accidentelles de la région de la tête. Par conséquent, tous les examens effectués et tous les traitements instaurés après cette date n'ont plus de lien de causalité de vraisemblance prépondérante avec l'évènement accidentel. »

Par courrier du 7 juin 2016, la CNA a informé l'assuré qu'elle entendait clore le cas au 15 novembre 2014 en ce qui concerne les suites de l'accident, réfuter tout droit à d'autres prestations d'assurance et mettre fin au versement des prestations d'assurance perçues jusque-là. Elle a notamment précisé que les troubles qui avaient nécessité des consultations auprès des Drs Z._____ et B._____ n'étaient pas dus à l'accident, mais étaient exclusivement de nature malade.

Dans un courrier du 23 juin 2016, l'assuré a fait part de son désaccord avec le préavis de la CNA, invoquant que tous les médecins qu'il avait consultés - auprès desquels il avait été envoyé par son médecin traitant - avaient conclu que ses problèmes étaient effectivement liés à son accident.

Le 28 juin 2016, la CNA a accusé réception de la contestation de l'assuré et lui a imparti un délai au 10 juillet 2016 pour la motiver.

Par courrier du 1^{er} juillet 2016, l'assuré a sollicité un délai plus long, se trouvant dans l'impossibilité de réunir tous les documents médicaux dans un laps de temps si court.

Le Dr U._____ a adressé un courrier à la CNA en date du 8 juillet 2016 pour communiquer que l'assuré était récemment allé consulter des spécialistes des traumatismes cranio-cérébraux au K._____ à [...], lesquels avaient confirmé que les symptômes présentés par l'assuré correspondaient à ceux qu'avaient les sportifs qui les consultaient pour des traumatismes cranio-cérébraux. Le Dr U._____ a précisé que l'assuré n'avait jamais présenté de tels symptômes avant l'accident et que ceux-ci n'avaient cessé qu'avec la prise en charge au K._____, de sorte qu'ils étaient incontestablement liés à l'accident. Le traitement prodigué par ce centre permettait à l'assuré de mener à nouveau une vie professionnelle et sociale quasi normale, comparable à celle d'avant l'accident de 2014.

Par décision du 13 juillet 2016, la CNA a refusé de prendre en charge les troubles qui avaient nécessité les consultations chez les Drs X._____, Z._____, F._____, N._____ et B._____ au motif qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement dommageable du 8 septembre 2014 et les troubles déclarés.

Dans une prise de position du 14 juillet 2016, le Dr R._____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé que le lien de causalité entre la chute du 8 septembre 2014 et la fracture D12 découverte le 20 avril 2015 était probable, mais qu'il n'y avait pas lieu d'octroyer d'indemnité pour atteinte à l'intégrité en l'absence de douleurs notables.

Le 16 juin [recte : juillet] 2016, l'assuré a formé opposition contre la décision de la CNA, invoquant qu'il avait subi une commotion qui

n'avait pas été diagnostiquée rapidement et que ses symptômes, typiques de ceux présentés en cas de commotions, étaient dus à son accident.

Les médecins du K._____, à savoir les Drs J._____ et Q._____, tous deux spécialistes en neurologie, la Dresse T._____ et M._____, chiropraticien, ont transmis à la CNA leur rapport établi le 29 août 2016. Ils ont posé le diagnostic de syndrome post-traumatique persistant sur entorse de la colonne cervicale et fracture aplatissement de D12 dans le cadre d'une chute sur le dos le 8 septembre 2014 (« Persistierendes posttraumatisches Syndrom bei HWS-Distorsionstrauma und Impressionsfraktur BWK12 im Rahmen eines Sturzes auf den Rücken am 08.09.2014 »). Ils ont relevé que lors de cet événement, l'assuré avait eu un choc direct et violent sur la colonne dorsale sans toutefois que sa tête heurte le sol. Ils estimaient que les maux de tête correspondaient très probablement, d'un point de vue sémiologique, à des céphalées chronicisées de type migraineux, sur status après composante de céphalées par abus d'antalgiques en 2015. Les crises de vertige rotatoire reflétaient vraisemblablement une migraine vestibulaire. En outre, des indices évocateurs d'un syndrome d'hyperventilation pouvaient être mis en évidence, avec vertiges diffus, paresthésies du bout des extrémités, palpitations et oppression thoracique, l'électrocardiographie étant sans particularités. Les spasmes de convergence répétés, ainsi que le test d'hyperventilation positif associé à des vertiges, plaidaient également en faveur de ce diagnostic d'hyperventilation. L'hyperintensité décrite dans l'IRM cranio-cérébrale de mars 2015, déjà identifiable dans celle de novembre 2014, correspondait le plus probablement à une granulation de Pacchioni (diagnostic différentiel méningiome) et était sans rapport avec le tableau clinique présenté par l'assuré.

Dans une nouvelle appréciation du 5 septembre 2016, le Dr I._____ a affirmé que les troubles relatés par l'assuré ne s'expliquaient pas par des causes organiques, au degré de la vraisemblance prépondérante. Son appréciation était la suivante :

« Les médecins du K._____ ([...]) de la Clinique [...] à [...] ont établi, eux aussi, que M. C._____ n'avait pas subi de choc de la tête lors de sa chute du 08.09.2014. Ils ont également analysé les

images des IRM cranio-cérébrales de novembre 2014 et de mars 2015 qui ne montraient pas de suites d'accident. Les modifications qui apparaissent dans ces examens d'imagerie (granulations de Pacchioni ; diagnostic différentiel : méningiome) n'ont clairement aucun lien avec l'évènement accidentel.

Les examinateurs du K._____ ont estimé que les maux de tête dont se plaignait l'assuré correspondaient à des céphalées chronicisées de type migraineux. M. C._____ n'abusait plus d'antalgiques depuis l'année précédente ; de ce fait, il n'y a pas de lien entre les troubles de l'assuré et un « status après composante de céphalées par abus médicamenteux en 2015 », au degré de la vraisemblance prépondérante.

Les médecins du K._____ ont considéré que les crises de vertige rotatoire étaient constitutives d'une migraine vestibulaire. Cette maladie représente une forme particulière et controversée de la migraine. Rappelons que la migraine fait partie des céphalées dites primaires, avec des épisodes douloureux se manifestant sous forme d'attaques ou de crises ; à cet égard, on discute l'implication de facteurs génétiques.

Les médecins du K._____ ont aussi mentionné des signes évocateurs d'un syndrome d'hyperventilation permettant d'expliquer les vertiges diffus, avec paresthésies du bout des extrémités, palpitations et oppression thoracique. De leur point de vue, les spasmes de convergence répétés et le test d'hyperventilation positif, associé à des vertiges typiques, plaident en faveur de ce diagnostic. Soulignons que le syndrome d'hyperventilation est une affection psychosomatique, qui est considérée comme l'équivalent somatique des attaques de panique.

Quant aux résultats de l'examen chiropratique, ils ne sont pas spécifiques, d'un point de vue étiologique ; de ce fait, ils ne permettent pas de tirer de conclusions quant à l'origine des troubles de l'assuré.

Conclusion

Si l'on tient compte des explications précédentes, l'on ne peut qu'être étonné du diagnostic de syndrome post-traumatique persistant que retiennent les médecins du K._____. En effet, ils expliquent eux-mêmes avec force détails que l'assuré n'avait pas été victime d'une blessure de la tête lors de sa chute ; ils indiquent aussi que l'on ne peut mettre en évidence de séquelles accidentelles dans la région de la tête permettant d'expliquer les troubles décrits par M. C._____.

Soulignons enfin que les rapports médicaux de l'Hôpital de [...] ([...]), contemporains de l'évènement accidentel, ne confirment pas l'hypothèse des médecins du K._____, selon laquelle l'assuré aurait été victime le 08.09.2014 d'une entorse du rachis cervical. »

Par décision sur opposition du 19 septembre 2016, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a estimé, sur la base de

l'appréciation du Dr I._____, qu'aucune modification structurelle objectivable susceptible d'expliquer des symptômes comme les maux de tête, les vertiges rotatoires, les troubles visuels ou les fourmillements des extrémités supérieures n'avait été mise en évidence. En outre, la neuropathie bilatérale du nerf occipital majeur diagnostiquée par le Dr N._____ n'avait pas de lien de causalité de vraisemblance prépondérante avec l'événement accidentel. La CNA a considéré que les documents contemporains à l'accident ne permettaient pas d'admettre que l'assuré avait été victime d'une distorsion de la colonne cervicale et a repris les conclusions du Dr I._____ du 5 septembre 2016. Les plaintes ne pouvant s'expliquer sur le plan organique, la CNA a procédé à l'examen de la causalité adéquate sous l'angle d'un trouble d'ordre psychique. Elle a classé l'accident dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, lesquels nécessitaient le cumul de trois critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence (circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; gravité ou nature particulière des lésions subies ; traitement médical spécifique continu et pesant ; douleurs importantes ; erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; difficultés apparues au cours de la guérison et complications importantes ; incapacité de travail importante malgré les efforts avérés). La CNA a estimé qu'aucun de ces critères n'était rempli, de sorte que la causalité adéquate, de même que sa responsabilité pour les troubles relatés, devaient être niées. Elle a mentionné également que sa responsabilité devrait aussi être niée s'il fallait se fonder sur la jurisprudence pour les accidents par mécanisme de « coup du lapin », blessure équivalente ou traumatisme cranio-cérébral dès lors que, tout au plus, seul le critère des douleurs importantes devrait être admis.

B. Par acte du 17 octobre 2016, C._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à son annulation. Il a allégué qu'il avait été conduit à l'Hôpital de [...] par un collègue pour y subir les premiers examens suite à sa chute. Il a reproché à la CNA d'avoir décidé

seulement en date du 7 juin 2016 qu'elle mettrait un terme à ses prestations au 15 novembre 2014 déjà, précisant que s'il l'avait su plus tôt, il n'aurait pas suivi le conseil de ses médecins et aurait renoncé à effectuer des prises de sang à répétition, plusieurs IRM ainsi que des séances chez plusieurs praticiens, lesquelles n'avaient pas permis de diminuer ses douleurs. Il a exposé que ce n'était qu'avec son séjour au K._____ qu'il avait pu bénéficier d'une prise en charge qui avait eu des résultats positifs.

Dans sa réponse du 15 novembre 2016, la CNA a conclu au rejet du recours et rappelé que le rapport du K._____ avait fait l'objet d'une analyse par le Dr I._____, qui avait écarté le diagnostic retenu dans ce rapport.

Par réplique du 6 janvier 2017, le recourant a fait valoir que la fracture de D12 était bien une atteinte organique et que celle-ci avait par ailleurs été mise en lien avec son syndrome douloureux dans le diagnostic retenu par les médecins du K._____. Il a réaffirmé que c'était depuis son accident qu'il souffrait de fortes douleurs, de vertiges, de maux de tête, de troubles de la vision et de fourmillements aux membres supérieurs. Il s'est référé à un rapport médical du Dr G._____ du 2 octobre 2015, non versé à son dossier, qui confirmait comme étant en lien avec l'accident du 8 septembre 2014 les diagnostics de fracture D12, syndrome de Whiplash après traumatisme cervical avec céphalée et cervicalgies chroniques post-traumatiques, état anxio-dépressif, douleurs type fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique. Ce rapport mentionnait en outre que le Dr Z._____ avait retenu une atteinte vestibulaire post-traumatique, c'est-à-dire une lésion organique. Le recourant a finalement requis qu'une expertise soit réalisée par un expert indépendant.

Dans son écriture du 19 janvier 2017, la CNA a maintenu sa position.

E n d r o i t :

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

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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte en outre les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le point de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 15 novembre 2014 en relation avec les troubles qu'il a présentés.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b, et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929).

En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359). Dans ces cas, 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 têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9).

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

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 134 V 109 consid. 2.1 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb et les références).

En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5), d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (ATF 129 V 177 consid. 4.2), ou encore d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue

à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 134 V 109).

Pour l'examen de la causalité adéquate en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence distingue encore la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.3; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (cf. ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références ; 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine ; cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b et 1992 n° U 142 p. 75; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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 (cf. TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.2). En d'autres termes, lorsque des douleurs apparaissent consécutivement à un accident et qu'il faut partir de l'hypothèse que l'accident a seulement activé un état dégénératif (auparavant muet) sans l'avoir causé, l'assureur est tenu de fournir les prestations pour le syndrome douloureux directement en lien avec l'accident aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli (TF 8C_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.3) même si l'atteinte à la santé est en très grande partie la conséquence d'une maladie (TF 8C_423/2012 du 26 février 2013 consid. 5.3). Il en va différemment, si l'accident est uniquement une cause occasionnelle ou une cause aléatoire qui a rendu manifeste un risque actuel dont la réalisation devait être escomptée en tout temps, sans que l'accident ait une portée propre dans le cadre du rapport entre la cause et l'effet (TF 8C_423/2012 précité consid. 5.3 ; TF 8C_380/2011 du 20 octobre 2011 consid. 4.2.1).

e) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et,

enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 8C_135/2016 du 23 décembre 2016 consid. 5.1).

4. a) Dans la décision dont est recours, l'intimée a supprimé le droit aux prestations d'assurance de l'intéressé au 15 novembre 2014, se fondant pour l'essentiel sur les rapports des 6 juin et 5 septembre 2016 du Dr I._____. Elle a ainsi refusé de prendre en charge les troubles qui avaient nécessité les consultations auprès des Drs X._____, Z._____, F._____, N._____ et B._____, au motif qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement dommageable du 8 septembre 2014 et les troubles déclarés. Le recourant, quant à lui, affirme que c'est depuis son accident qu'il a présenté de fortes douleurs, des vertiges, des maux de tête, des troubles de la vision et des fourmillements aux membres supérieurs. Dans ce contexte, il sollicite la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

b) Il ressort du dossier que le 8 septembre 2014, soit à l'issue de la consultation du recourant aux urgences, le Dr P._____ a posé le diagnostic de contusion lombaire. Il paraît toutefois étonnant que seule une radiographie de la colonne lombaire du recourant ait alors été réalisée, alors que ce dernier était tombé à plat sur le dos. Ce n'est que le 20 avril 2015, soit plus de six mois après l'accident, qu'une IRM de la colonne dorsale et cervicale a révélé une fracture tassement de D12. Dans son rapport d'IRM, la Dresse L._____ expose que cette fracture pourrait être en relation avec l'ancienne chute. Le Dr R._____ considère qu'un lien de causalité est probable (cf. sa prise de position du 14 juillet 2016) et les médecins du K._____, de même que le Dr U._____, mettent cette fracture directement en relation avec l'accident (cf. les rapports des 23 février 2016 et 29 août 2016). Contrairement à ce que semble soutenir le Dr I._____ dans sa prise de position du 6 juin 2016, le fait que le Dr U._____ ne pouvait avoir connaissance de la fracture de D12 lors de son examen du 15 septembre 2014 ne permet pas d'affirmer que cette fracture ne résulte pas de l'accident. Compte tenu des avis médicaux susmentionnés, il faut admettre, au degré de la vraisemblance

prépondérante, que cette fracture est en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel. On ignore cependant si cette fracture a nécessité un traitement médical et/ou si elle a engendré une incapacité de travail au-delà du 15 novembre 2014, date à laquelle la CNA a mis fin à ses prestations.

c) Cela étant, il apparaît que la fracture de D12 ne permet pas d'expliquer la symptomatologie (vertiges, céphalées, etc...) présentée par le recourant. Par ailleurs, il résulte de l'appréciation concordante des médecins que la présence de granulations de Pacchioni ou d'un méningiome mis en évidence par l'IRM cranio-cérébrale du 15 mars 2015 est sans rapport avec l'événement du 8 septembre 2014 (cf. rapport médical du K._____ du 29 août 2016, appréciation du Dr I._____ du 5 septembre 2016 p. 4).

5. Il sied à présent d'examiner si le recourant a présenté suite à son accident un traumatisme de type « coup du lapin » ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale.

a) Dans sa prise de position du 6 juin 2016 (p. 7), le Dr I._____ a estimé qu'aucun des examens réalisés n'avait permis de mettre en évidence des modifications structurelles objectivables susceptibles d'expliquer les troubles présentés par le recourant (céphalées, vertiges, fatigue, fourmillements dans les extrémités supérieures, troubles de la vue). Il sied toutefois de rappeler qu'un traumatisme de type « coup du lapin » est précisément caractérisé par l'absence de preuve d'un déficit fonctionnel organique. La jurisprudence a estimé qu'il fallait admettre la présence d'un tel traumatisme en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Selon l'expérience médicale, les troubles au niveau de la région cervicale apparaissent en principe dans un court laps de temps après l'accident (cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 112 p. 932). Le Tribunal fédéral a ainsi retenu que les premières plaintes

entrant dans le tableau typique d'un tel traumatisme devaient se manifester dans les 72 heures suivant l'événement accidentel (TF 8C_413/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.2 ; U 258/06 du 15 mars 2007 consid. 4.3 ; cf. également Erwin Murer / Hans-Ulrich Stauffer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4^e éd., Zurich / Bâle / Genève 2012, ad art. 6 p. 60).

b) En l'occurrence, plusieurs des médecins consultés retiennent des diagnostics analogues à un traumatisme de type « coup du lapin » (ou « whiplash » en anglais). Il s'agit d'une lésion du rachis cervical causée par des mécanismes d'accélération dus par exemple à une forte extension et/ou à une flexion plus ou moins accompagnée d'une torsion (cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 111 p. 931). Ainsi, le Dr U._____ a retenu comme diagnostics des céphalées intermittentes avec vertiges d'origine encore indéterminée dans son rapport médical du 26 octobre 2015 et, dans celui du 23 février 2016, une fracture D12, des céphalées post-traumatiques et un « whiplash » trauma cervical. Le Dr X._____ a conclu à une symptomatologie de type « coup du lapin » le 23 mars 2015 et a noté que l'assuré souffrait de fourmillements et d'une sensation de fatigue généralisée avec vision floue depuis l'accident, sans préciser à quel moment exactement ces plaintes étaient apparues. Il a également mentionné la présence de vertiges et des céphalées importantes, lesquelles avaient auparavant été relevées dans le rapport d'IRM du 14 novembre 2014. Le Dr Z._____ a, quant à lui, évoqué un équivalent de syndrome post traumatique en date du 30 mars 2015. Dans ses rapports des 23 février et 7 avril 2016, la Dresse N._____ a mentionné une névrite C2-C3 racine et des céphalées chroniques post-traumatiques. Finalement, les médecins du K._____ ont retenu un syndrome post traumatique persistant sur entorse de la colonne cervicale et fracture aplatissement de D12. Après examen des rapports précités, le Dr I._____ a estimé que les critères retenus par la Fédération européenne des sociétés de neurologie pour les céphalées post-traumatiques n'étaient pas satisfaits étant donné, d'une part, qu'il n'était pas prouvé que le recourant avait été victime d'un traumatisme de la région de la tête - aucune séquelle accidentelle n'apparaissant dans les IRM cranio-

cérébrales des 14 novembre 2014 et 15 mars 2016 – et, d'autre part, que les rapports médicaux n'attestent pas d'un lien chronologique étroit, c'est-à-dire égal ou inférieur à 7 jours, entre le début des maux de tête et le traumatisme jugé responsable.

c) Au vu des éléments précités, la Cour de céans considère qu'elle ne saurait écarter les conclusions des praticiens consultés par le recourant au profit des constatations du Dr I._____, compte tenu du fait que le dossier constitué est lacunaire notamment dans les jours qui ont suivi l'accident. Certes, l'intimée a demandé en octobre 2015 et février 2016 un rapport médical au Dr U._____, médecin traitant. Elle n'a toutefois pas instruit plus avant les motifs pour lesquels le recourant avait sollicité une consultation le 15 septembre 2014 auprès du Dr U._____, soit environ sept jours après l'accident, ni à quelle date l'intéressé avait téléphoné au cabinet médical pour prendre rendez-vous. Par ailleurs, la déclaration d'accident LAA du 6 octobre 2014 fait mention d'une « entorse colonne ». On peine à comprendre comment l'employeur a pu compléter dit document dans ce sens sans avoir eu au préalable des renseignements médicaux. De son côté, le Dr I._____ nie la présence d'un tel syndrome, précisant qu'il n'est pas licite de diagnostiquer un traumatisme de la tête ou une entorse du rachis cervical en se fondant uniquement sur des symptômes tels que des vertiges ou une vision floue. Il est toutefois admis en l'occurrence que le recourant est tombé à plat sur le dos d'une hauteur de 3 mètres environ sans toutefois que sa tête ne heurte le sol. Si ce déroulement de l'accident permet d'exclure un traumatisme cranio-cérébral, il apparaît cependant qu'avec une chute d'une telle hauteur et une réception à plat sur le dos, la colonne cervicale du recourant a dû fortement être mise à contribution pour éviter que sa tête ne tape le sol. Force est toutefois de constater qu'aucun des médecins consultés ne se prononce précisément sur les circonstances de l'accident et les conséquences qui en ont résulté au niveau de la colonne vertébrale du recourant. A cet égard, le rapport d'examen clinique du Dr P._____ apparaît pour le moins succinct et ne saurait emporter la conviction de la Cour de céans compte tenu notamment de l'absence d'IRM dorsale et cervicale. En ce qui concerne les suites directes de l'accident, le Dr

I._____ relève que le recourant s'est rendu à pied à l'Hôpital de [...] après son accident (cf. sa prise de position du 6 juin 2016 p. 6). Dans son recours, l'assuré expose au contraire qu'il a été conduit à l'hôpital par l'un de ses collègues. Cette divergence s'explique par l'ambiguïté du rapport médical du Dr P._____ dans la mesure où il indique que le recourant « est arrivé aux urgences en marchant ». Il apparaît qu'il faut entendre par là que le recourant était à même de marcher lorsqu'il s'est présenté aux urgences et non qu'il s'est rendu à l'hôpital à pied.

Enfin, on ignore si les céphalées dont souffre le recourant sont en lien de causalité avec l'accident du 8 septembre 2014. Les médecins du K._____ ont ainsi estimé que les céphalées présentées par le recourant à l'époque de leur consultation étaient des céphalées chronicisées de type migraineux causées par l'abus de médicaments antalgiques en 2015 (cf. leur rapport du 29 août 2016 p. 4). Le Dr I._____ a au contraire considéré que le recourant n'abusait plus d'antalgiques depuis l'année 2015, de sorte qu'il n'y avait plus de lien possible entre la persistance des céphalées et un status après composante de céphalées par abus médicamenteux (cf. son appréciation du 5 septembre 2016 p. 4). Par ailleurs, les médecins du K._____ ont retenu que les crises de vertige rotatoire étaient constitutives d'une migraine vestibulaire. Le Dr I._____ a précisé qu'il s'agissait d'une forme particulière et controversée de migraine, impliquant des facteurs génétiques (cf. son appréciation du 5 septembre 2016 p. 4). Il n'a toutefois pas pris clairement position par rapport à ce diagnostic ni n'a indiqué si l'accident aurait pu déclencher ou aggraver un état maladif préexistant lié à des facteurs génétiques.

6. a) Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de procéder à des mesures d'instruction complémentaires. Il convient, d'une part, d'interroger les médecins qui ont examiné le recourant dans les premiers temps après l'accident afin de déterminer à partir de quel moment exactement celui-ci s'est plaint des différents symptômes qu'il a présentés. D'autre part, une expertise apparaît nécessaire afin de déterminer si, du point de vue médical, les plaintes du recourant peuvent

être attribuées de manière crédible à un traumatisme de type « coup du lapin » ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale causé par l'accident du 8 septembre 2014. En cas de confirmation de ce diagnostic, l'expertise devra encore contenir des renseignements sur le point de savoir s'il existe une problématique d'ordre psychique qui doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique d'un tel traumatisme ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. A cet égard, dans sa duplique, le recourant cite un rapport médical d'octobre 2015 dans lequel le Dr G. _____ aurait posé les diagnostics d'état anxio-dépressif, douleurs type fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique. Les experts pourront également se prononcer dans ce contexte sur le syndrome d'hyperventilation évoqué par les médecins du K. _____, étant rappelé que le test d'hyperventilation réalisé par le Dr Z. _____ s'était également révélé positif (cf. son rapport médical du 30 mars 2015).

Ces mesures d'instruction ont pour but de déterminer si le recourant a présenté un traumatisme de type « coup du lapin » ou une problématique psychique en lien de causalité naturelle avec l'accident du 8 septembre 2014. Si tel devait être le cas, se pose encore la question de savoir si les troubles engendrés sont également en lien de causalité adéquate avec l'accident. La jurisprudence sur la causalité adéquate en matière de troubles liés à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme crânio-cérébral est fondée sur l'idée qu'un accident de type « coup du lapin » entraînant le tableau clinique caractéristique qui y est habituellement associé peut entraîner une incapacité de travail, respectivement de gain d'une certaine durée, même si les troubles fonctionnels constatés ne peuvent être démontrés du point de vue organique. L'analyse de la causalité adéquate s'effectue toutefois au regard du fait qu'il apparaît plutôt inhabituel que des troubles, résultant d'un traumatisme de type « coup du lapin » ou d'un traumatisme semblable sans substrat organique persistent pendant une certaine durée, jusqu'à se chroniciser ou conduire à une invalidité permanente. Il s'agit, comme en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident, de

poser les limites de l'obligation de prester de l'assureur-accidents (cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 135 p. 943).

Le Tribunal fédéral s'est ainsi prononcé sur le moment auquel pouvait intervenir l'examen de la causalité adéquate en cas de traumatisme de type « coup du lapin », ou plus précisément le moment auquel l'assureur était en droit de clore le cas, c'est-à-dire de mettre fin aux prestations provisoires et d'examiner le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 3.1). Il a déterminé, sur la base de l'art. 19 al. 1 LAA, que l'examen de la causalité adéquate devait être fait lorsqu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de du recourant et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité avaient été menées à terme (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral a précisé à cet égard que par « une sensible amélioration de l'état de santé », il fallait entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.3 et références citées).

b) Au vu de ce qui précède, il s'avère également nécessaire, dans le cadre de l'expertise à mettre en place, d'interroger les experts sur le moment auquel ils estiment qu'il n'y avait plus lieu d'attendre du traitement médical une amélioration sensible de l'état de santé du recourant, au regard de sa capacité de travail et quelle était la capacité de travail du recourant dans les mois qui ont suivi son accident. Ainsi, dans un certificat médical du 20 septembre 2014, le Dr U. _____ a indiqué que l'assuré avait retrouvé une capacité de travail de 50 % dès le 6 octobre 2014 et estimait qu'il aurait à nouveau une pleine capacité de travail à partir du 27 octobre 2014. Or, dans son rapport médical intermédiaire du 26 octobre 2015, il mentionne que le recourant n'a repris son travail à plein temps que le 13 avril 2015, laissant ouverte la question d'un arrêt de travail ultérieur délivré par un autre médecin. On ignore ainsi quelle a été la capacité de travail du recourant entre le 27 octobre 2014 et le 12 avril 2015 et si son incapacité de travail (partielle) a perduré au-delà de cette date sur la base d'un certificat médical délivré par un autre médecin.

7. a) Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il revient au premier chef à l'autorité intimée de mettre en œuvre les mesures d'instruction nécessaires auxquelles elle se doit de procéder afin de constituer un dossier complet sur le plan médical (cf. notamment art. 43 al. 1 et 2 LPGA ; ATF 137 V 210 ; cf. aussi la note de Bettina Kahil-Wolff in : JdT 2011 I 215 à propos de cet arrêt). Un renvoi à l'administration est possible lorsqu'il convient de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'occurrence, il apparaît que l'intimée s'est prononcée sur la base d'un dossier lacunaire au plan médical, n'ayant qu'insuffisamment investigué les atteintes présentées par le recourant. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à la CNA – à laquelle il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 al. 1 LPGA) –, cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera dès lors à l'intimée de procéder à un complément d'instruction, d'une part, auprès des médecins traitants du recourant afin de déterminer exactement quelle a été sa capacité de travail à la suite de l'accident et à partir de quel moment il s'est plaint des différents troubles (cervicalgies, céphalées, vertiges, fourmillements dans les extrémités supérieures, fatigue, troubles de la vue). D'autre part, la CNA est invitée à mettre en place une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique, neurologique et psychiatrique, au sens de l'art. 44 LPGA, étant ici expressément réservée la faculté d'y associer, le cas échéant, toute autre spécialité médicale jugée opportune. Cette expertise devra se prononcer au degré de la vraisemblance prépondérante sur la question du lien de causalité entre l'accident du 8 septembre 2014 et les troubles allégués au-delà du 15 novembre 2014, après avoir fixé précisément les diagnostics à l'origine des symptômes présentés par le recourant. Les experts sont également invités à déterminer la date à laquelle il n'y avait

plus lieu d'attendre du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, respectivement de la capacité de travail du recourant. En outre, l'expertise devra renseigner sur le moment auquel le statu quo ante a été atteint en relation avec la fracture de D12. Il appartiendra ensuite à la CNA, sur cette base, de statuer à nouveau sur le droit aux prestations du recourant.

8. a) Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. Il ne sera donc pas perçu de frais judiciaires.

b) Le recourant a agi sans le concours d'un mandataire qualifié de sorte qu'il n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition rendue par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents le 19 septembre 2016 est annulée et la cause lui est renvoyée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.

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 :

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

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :