

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 août 2018

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente
Mme Dessaux et M. Piguet, juges
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

P. _____, à [...] (France), recourant, représenté par Me Denis Leroux,
avocat à La Chaux-de-Fonds,

et

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

Art. 4, 61 let. a et d LPGA ; art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...], travaillait par l'entremise de O._____ SA, à Lausanne, en qualité de manutentionnaire. A ce titre, il était assuré auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA ou l'intimée) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels.

B. Dans une déclaration de sinistre du 14 décembre 2015, O._____ SA a annoncé un accident dont a été victime l'assuré le 12 décembre 2015. Alors qu'il circulait sur une route départementale française au volant de son véhicule, il a perdu la maîtrise de sa voiture, est sorti de la route et a fait plusieurs tonneaux. Comme blessures, l'employeur a mentionné des contusions au cou. Après s'être extrait de son véhicule, l'intéressé a brièvement perdu connaissance. Ayant retrouvé rapidement ses esprits, il a appelé un oncle. Ce dernier l'a amené au D._____, où il a subi des contrôles cliniques simples avant de regagner son domicile. L'intéressé a été mis en arrêt de travail.

La CNA a pris en charge les suites de cet accident.

Dans un rapport médical établi le 12 décembre 2015, un médecin du Pôle Médecine Urgences du D._____ (France) a fait état de contractures paravertébrales du rachis cervico-thoracique et d'une dermabrasion de la paupière gauche et de l'avant-bras.

Par rapports des 28 décembre 2015 et 11 janvier 2016, le Dr R._____, médecin traitant à [...] (France), a mentionné des cervicalgies.

Aux termes d'un rapport initial daté vraisemblablement par erreur du 4 janvier 2017, un médecin du Pôle Médecine Urgences du D._____ a constaté une dermabrasion de la paupière gauche et de l'avant-bras, ainsi que des cervicalgies.

Par rapport du 9 février 2016, le Dr R._____ a posé le diagnostic de cervicalgies en rapport avec un accident de la route sur le trajet du travail le 12 décembre 2015. Le traitement consistait en la prise d'antalgiques et le port d'une minerve. Ce médecin pronostiquait une guérison vers le 13 février 2016 et une reprise totale du travail dès le 14 février 2016. Selon le Dr R._____, il ne fallait pas s'attendre à la persistance d'un problème.

Dans un questionnaire retourné à la CNA le 22 février 2016, l'assuré a indiqué avoir été à nouveau apte au travail à partir du 13 février 2016 pour un temps plein.

Le 25 avril 2016, le Dr R._____ a notamment mentionné une rechute et certifié une incapacité de travail jusqu'au 7 mai 2016.

Lors d'un entretien téléphonique du 6 mai 2016, l'assuré a informé une collaboratrice de la CNA qu'il n'avait pas travaillé entre le 14 février et le 24 avril 2016, mais qu'il avait tenté une reprise du travail le 25 janvier 2016, laquelle s'était traduite par un échec.

Le 24 mai 2016, le Dr R._____ a indiqué notamment que la guérison de l'intéressé était intervenue le 21 mai 2016 et qu'il n'y avait pas de séquelles.

Dans un rapport du 1^{er} juin 2016, le Dr R._____ a certifié que l'assuré avait été dans l'incapacité de travailler dans la période du 14 février au 24 avril 2016 en rapport avec son accident de travail du 12 décembre 2015, mentionnant des cervicalgies invalidantes avec une incapacité temporaire totale de travail.

Le 19 août 2016, le Dr R._____ a évoqué une rechute et la persistance de cervicalgies, faisant état d'un arrêt de travail jusqu'au 30 août 2016.

Aux termes d'un rapport du 27 août 2016 ensuite d'une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale, la Dresse C._____, médecin à [...] (France), a conclu à une hernie postérolatérale droite en C5-C6 avec une discopathie d'allure inflammatoire, ainsi qu'à une protrusion discale postérieure en C6-C7.

Le 30 août 2016, le Dr R._____ a certifié que l'assuré présentait actuellement un état de santé nécessitant une prolongation d'arrêt de travail jusqu'au 30 septembre 2016. Ce médecin a fait état de la persistance des douleurs cervicales paroxystiques, avec irradiation des doigts de la main droite alléguée en rapport probable avec son accident du 12 décembre 2015. Il a également mentionné un traumatisme cervical et évoqué le résultat de l'IRM du 27 août 2016. Dans un autre rapport du même jour, il a constaté des « cervicalgies persistantes en rapport avec [une] hernie cervicale postéro latérale droite C5/C6 et C6/C7 ».

L'assuré a séjourné à la Clinique S._____ (ci-après : S._____) du 23 au 25 janvier 2017. A cette occasion, il a été examiné par plusieurs médecins et professionnels de la santé, lesquels ont établi les documents médicaux suivants : un rapport ensuite d'une évaluation des capacités fonctionnelles du 25 janvier 2017, un rapport du 25 janvier 2017 ensuite d'une évaluation psychiatrique du même jour et un rapport du 27 janvier 2017 ensuite d'un examen neurologique du 25 janvier 2017. Dans ce dernier rapport, le Dr G._____, spécialiste en neurologie à la S._____, a indiqué, au titre des données fournies par l'assuré, que ce dernier n'avait pas de trouble visuel, auditif ou olfactif et que sa concentration et sa mémoire étaient déclarées comme normales. Toujours selon les informations données par l'intéressé, une semaine après l'accident, celui-ci développait des douleurs à la nuque, irradiant de manière fluctuante au niveau du membre supérieur droit sans déficit sensitivomoteur, et un mois plus tard, s'étaient installées des céphalées occipitales, d'une durée de 5 à 10 minutes, « répondant à la prise de Doliprane à une fréquence de 1x par semaine à 1x par mois associée à une légère photophobie ». Au titre de conclusion et après avoir indiqué notamment qu'une IRM mettait en évidence des lésions dégénératives,

soit notamment une hernie discale C5-C6 droite et une protusion C6-C7, ce médecin a estimé que l'examen neurologique actuel était rassurant, ne montrant pas de signe et pas d'atteinte neurologique centrale et périphérique notamment au niveau du membre supérieur droit. Ainsi, il indiquait ne pas noter de diagnostic neurologique spécifique notamment en lien avec l'accident du 12 décembre 2015.

Au terme du séjour de l'assuré à la S._____ et dans un rapport d'évaluation interdisciplinaire du 26 janvier 2017, les Drs G._____ et F._____, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie à la S._____, ont posé les diagnostics primaires d'accident de la voie publique le 12 décembre 2015, avec contusions multiples, et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Ils ont également retenu les comorbidités de traits de personnalité émotionnellement labile type borderline, d'hernie discale C5-C6 droite, de psoriasis cutané, de tabagisme à 20 UPA (Unité-Paquet-Année) et de status après fracture du nez. Ces médecins ont indiqué notamment ce qui suit :

« DOCUMENTS D'IMAGERIE

IRM cervicale du 27 août 2016 : pas de lésion traumatique décelée, pas de signe d'instabilité. Hernie discale C5-C6 susceptible d'engendrer un conflit avec la racine C6 droite. A ce niveau, image de type Modic I (hyposignal en T1 avec hypersignal en T2).

Radiographies du crâne face et profil du 27 août 2016 : pas de lésion traumatique décelée.

Radiographies de la colonne cervicale face et profil, clichés fonctionnels et en flexion-extension et cliché transbuccal du 24 janvier 2017 : sur le profil standard, on constate une discopathie segmentaire C5-C6 avec une uncodiscarthrose. Il n'y a pas de lésion traumatique. Le segment C5-C6 est rigidifié, comme en témoigne le capotage des vertèbres sus-jacentes lors de la flexion antérieure. Il n'y a pas d'instabilité. La dent est centrée. Pas d'anomalie au niveau des masses latérales de C1.

APPRECIATION ET DISCUSSION

[...]

L'évolution est totalement stationnaire depuis un an. Le patient accuse essentiellement des cervicalgies basses avec une extension au membre supérieur droit n'empruntant pas une topographie

radiculaire très précise. Il faut dire que l'anamnèse est difficile à mener, chez un sujet hésitant, peinant à coller à la question, changeant fréquemment sa description des symptômes. On comprend que la douleur est intermittente, fluctuant essentiellement sous l'influence de facteurs mécaniques. A relever que la présente évaluation a dû être différée en raison d'une détention pénitentiaire de 2 mois en France dont le sujet peine à expliquer les raisons.

Actuellement, il se plaint de cervicalgies avec l'irradiation décrite ci-dessus et de céphalées frontales. Le traitement paraît léger : ainsi, M. P. _____ ne s'est pas muni de ses antalgiques lorsqu'il a répondu à notre convocation. Depuis qu'il est installé proche de la frontière suisse, il a repris contact avec un psychiatre et aurait un suivi irrégulier dans ce registre.

Bien qu'il manifeste sa douleur de façon très inconstante et à des moments inattendus, Monsieur P. _____ n'oppose pas un comportement parasite outrancier. Il collabore adéquatement à l'**examen physique**, comme en témoignent l'excellente force de préhension et le fait qu'il se plie sans regimber aux tests à effectuer sur ordre. Objectivement, on ne retient aucune limitation de l'appareil locomoteur.

L'**examen neurologique spécialisé** est rassurant, ne montrant pas de signe et pas d'atteinte neurologique centrale et périphérique, notamment pas d'élément en faveur d'une lésion radiculaire.

Les **documents d'imagerie**, plus spécifiquement l'IRM cervicale pratiquée à huit mois du traumatisme, ne montrent pas de lésion traumatique. Il existe une hernie discale C5-C6 droite, pouvant entrer en conflit avec la racine C6, s'accompagnant de lésions de type Modic I.

A ce stade, on retient le diagnostic de contusions multiples, en particulier cervicales, le 12 décembre 2015 chez un sujet présentant une hernie discale C5-C6 droite.

M. P. _____ collabore aussi bien à l'**évaluation des capacités fonctionnelles** qu'au cours de l'approche médicale. Le score de 133 atteint au PACT [Performance Assessment and Capacity Testing] donne à penser qu'il peut s'employer à des activités exigeant un niveau d'effort léger. Au vu des résultats obtenus au cours des tests proprement dits, on doit admettre qu'il sous-estime ses aptitudes fonctionnelles. Il est en effet régulièrement capable de manutentionner des charges de 7,5 à 20 kg. Il n'y a pas de phénomène significatif d'autolimitation bien que le sujet se plaigne systématiquement de douleurs au cours des tâches. La volonté de donner le maximum aux différents tests peut être taxée de réelle et la cohérence est élevée si bien que l'ECF [Evaluation de la Capacité Fonctionnelle] reflète adéquatement le niveau d'effort dont est capable M. en milieu écologique (recte : économique) (léger à moyen).

L'**entretien psychiatrique** nous met face à un patient aux traits tirés, la plupart du temps au bord des larmes. Il pourra même pleurer à plusieurs reprises lorsque son enfance est évoquée. Il

s'exprime dans un français simple et maîtrisé. Il est globalement adéquat dans le contact, bien qu'on le sente sur la défensive. Les capacités de concentration sont cliniquement conservées. Le discours reste cohérent, sans trouble formel de la pensée. Le patient n'exprime pas d'idée hypochondriaque, de symptôme phobique ou obsessionnel. Il n'y a pas de symptôme délirant ni trouble des perceptions, ni trouble du Moi. Deux aspects doivent être discutés :

- les troubles thymiques : M. P._____ exprime une tristesse, associée à d'autres symptômes de dépression comme l'anhédonie, les idées d'échec et de culpabilité, le manque d'entrain et d'énergie, l'anhédonie, les difficultés d'endormissement, mais également une perte d'appétit avec perte pondérale significative. Sur une échelle psychométrique, la symptomatologie actuelle est de l'ordre de la dépression moyenne. Cette situation pose le diagnostic différentiel entre un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, mais également un trouble dépressif récurrent, vu que le patient décrit une phase de déstabilisation psychique en 2004 suite à son divorce. Il aurait déjà bénéficié à ce moment d'un suivi psychiatrique, mais il est difficile de départager ce qui découle de traits de personnalité décompensés à cette période d'une véritable dépression.
- Au sujet de la personnalité, on se trouve face à un sujet assez fermé et sur la défensive, bien qu'il reste collaborant. Une fragilité narcissique importante se dégage de l'interaction, chez un patient qui décrit des fluctuations émotionnelles importantes, avec des difficultés à faire le deuil de sa précédente relation affective. On observe en outre une avidité affective et une irritabilité que l'on retrouve chez les personnalités émotionnellement labiles. Le patient passe "comme chat sur braise" sur certains aspects de ses comportements (éléments judiciaires). La présente investigation psychiatrique reste limitée, dans le sens d'une période d'observation trop courte (avec impossibilité de s'appuyer sur des éléments hétéro-anamnestiques) pour conclure formellement dans le sens d'un trouble de la personnalité constitué. Cette hypothèse reste à considérer au vu des carences affectives précoces, chez un sujet qui n'a probablement jamais pu établir un sentiment de sécurité interne. S'y associe une faible implication scolaire qui a probablement découlé de capacités intellectuelles limitées. Ce facteur est à prendre en compte dans l'affaiblissement des ressources et les difficultés à surmonter les conséquences de son accident.

Si le **pronostic** est plus que réservé, c'est essentiellement en raison de facteurs psycho-sociaux au sens large. En témoigne un score de complexité biopsychosociale très élevé (intermed à 36). Ce jeune patient semble avoir particulièrement mal vécu son accident, à une période où il estimait que son projet de vie en Suisse constituait une forme "de revanche" sur une enfance assez malheureuse, revanche qu'il comptait également prendre sur l'échec de sa vie conjugale, laquelle s'est achevée sur un sentiment de trahison. En regard, les

conséquences directes de l'accident sur la santé physique doivent être minimisées.

Dès lors, les propositions de **traitement** coulent de source. Il existe chez M. P._____ une fragilité indéniable, avec une symptomatologie dépressive qui pourrait justifier un traitement médicamenteux. Ce traitement se heurte toutefois à des craintes à caractéristiques psychotiques (sentiment que ce traitement pourrait lui être préjudiciable). [...] »

Lors d'un entretien téléphonique du 22 février 2017, le Dr X._____, médecin remplaçant du Dr R._____, a précisé à une collaboratrice de la CNA que l'assuré était suivi depuis 2010 ou 2011 dans leur cabinet et que jamais, avant l'accident, celui-ci ne s'était plaint de cervicalgies ou de brachialgies.

La CNA a adressé au D._____ une fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération craniocervical, en l'invitant à la remplir. Le D._____ l'a remplie le 24 février 2017 et l'a vraisemblablement donnée à l'assuré. Ce dernier l'a alors remise au Dr X._____, lequel a complété, respectivement modifié certaines indications données par le D._____. Ce médecin indiquait en effet, dans une note annexée au formulaire et datée du 3 mars 2017, qu'il s'était vu remettre ce jour ledit formulaire par l'intéressé et qu'il avait rempli « les cases vacantes » et rectifié « les erreurs de remplissage », en mettant en évidence ces modifications par son tampon. Dans ce formulaire, le D._____ a indiqué que, selon les indications données par l'assuré, ce dernier n'avait pas subi de choc à la tête, ce que le Dr X._____ a modifié pour préciser que l'intéressé avait eu un choc contre l'appuie-tête et contre le volant. Selon le D._____, l'accident n'avait pas entraîné de perte de connaissance ; selon le Dr X._____, il y en avait eu une d'une durée de deux minutes. S'agissant des indications sur l'évolution des symptômes depuis l'accident, le D._____ a répondu que l'assuré avait présenté - immédiatement - des douleurs à la nuque, mais aucunement des céphalées, des vertiges, des nausées, des vomissements, des troubles de l'audition, des troubles de la vue, des troubles du sommeil, ou d'autres symptômes, le Dr X._____ n'ayant pas modifié ces réponses. En outre, l'examen neurologique ne faisait rien ressortir d'anormal ; l'intéressé avait un score de 15 sur l'échelle de

Glasgow (Glasgow coma scale) et aucune autre constatation ou élément frappant n'était mentionné. Un diagnostic provisoire de degré II, conformément à la classification Quebec Task Force (QTF), a été posé, signifiant la présence de douleurs de nuque et troubles ostéo-musculaires (y compris baisse de mobilité et douleurs ponctuelles à la pression).

Le 10 mars 2017, le Dr R._____ a certifié que l'assuré présentait actuellement un état de santé nécessitant une prolongation d'arrêt de travail du 26 novembre 2016 jusqu'au 10 mars 2017. Au surplus, il a repris la teneur de son précédent certificat médical du 30 août 2016.

Le 24 mars 2017, le D._____ a rempli et retourné à la CNA une seconde fois la fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical. En comparaison des réponses données le 24 février 2017 et mentionnées ci-dessus, la seule différence résidait dans le fait que le D._____ avait posé un diagnostic cette fois-ci de degré I, conformément à la classification QTF, signifiant la présence de douleurs de nuque avec douleurs / raideurs, ou uniquement douleurs, mais pas de signes somatiques, ainsi que la constatation d'une mobilité normale.

Le 10 avril 2017, le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a indiqué, se référant au rapport d'évaluation interdisciplinaire du 26 janvier 2017 susmentionné, que les troubles décrits dans l'IRM du 27 août 2016 étaient préexistants à l'accident du 12 décembre 2015, que cet accident n'avait pas entraîné de lésion structurelle supplémentaire et que le *statu quo sine* avait été atteint à la sortie de l'assuré de la S._____.

Le 29 mai 2017, le Dr R._____ a prolongé l'arrêt de travail de l'intéressé au 31 juillet 2017.

Par décision du 8 juin 2017, la CNA a informé l'assuré qu'elle mettait fin à ses prestations au 30 juin 2017. Elle a indiqué que les examens avaient montré que les troubles dont l'intéressé se plaignait n'étaient pas suffisamment démontrables d'un point de vue organique. En outre, après vérification des critères déterminants, elle constatait l'absence de séquelles ayant un lien de causalité adéquate avec l'accident.

Le 2 août 2017, l'assuré, désormais représenté par Me Denis Leroux, s'est opposé à la décision susmentionnée. En substance, il indiquait contester « [l']interprétation et [l']évaluation », effectuée par l'intimée, « en lien avec l'évaluation interdisciplinaire en date du 26 janvier 2017 ». A cet égard, il a fait valoir que le Dr R._____ avait suspecté une persistance des douleurs cervicales paroxystiques, avec irradiation des doigts de la main droite en rapport probable avec son accident en voiture. Ce médecin avait également évoqué l'IRM du 27 août 2016 selon laquelle il existait une hernie postérolatérale droite en C5/C6 avec une discopathie d'allure inflammatoire, protrusion discale postérieure en C6/C7. En outre, le Dr H._____, médecin à [...] (France), confirmait cette discopathie C5/C6 le 4 avril 2017, à l'instar d'une IRM effectuée le 24 avril 2017.

Aux termes du rapport du 4 avril 2017 produit en annexe à l'opposition de l'assuré, le Dr H._____ a indiqué que l'intéressé présentait une névralgie cervico-brachiale droite. Les douleurs évoluaient depuis plusieurs années et étaient survenues suite à un accident de la voie publique. La déambulation n'était pas perturbée et la douleur ne nécessitait pas la prise d'antalgiques. Le Dr H._____ constatait qu'il n'existait pas de troubles de préhension (lâchages d'objets) et que la douleur au membre supérieur était assez bien systématisée et n'était pas impulsive à la toux. Ce médecin ne notait pas de trouble urinaire. L'examen clinique retrouvait peu d'éléments témoignant d'une souffrance radiculaire ou médullaire évolutive. Les réflexes ostéo-tendineux étaient normaux et il n'existait pas de déficit moteur. Au niveau sensitif, le Dr H._____ ne retrouvait pas de troubles objectifs. Il n'existait pas de

syndrome pyramidal. Ce médecin ajoutait que l'IRM montrait une discopathie C5/C6. Il estimait que devant la symptomatologie présentée, il était nécessaire de refaire une IRM afin d'évaluer l'évolution de cette discopathie.

Dans le rapport du 24 avril 2017 établi ensuite d'une IRM du rachis cervical et également annexé à l'opposition de l'assuré, le Dr N._____, médecin à [...] (France), a notamment constaté une discopathie dégénérative C5-C6, ainsi qu'une discopathie dégénérative moins évoluée C6-C7. Au terme de son rapport, il a conclu à une discopathie C5-C6 de type Modic 1 avec uncarthrose bilatérale retentissant surtout sur le foramen droit, ainsi qu'à une discopathie modérée C6-C7.

Par décision sur opposition du 23 août 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. En substance, elle a indiqué que les pièces médicales au dossier, en particulier les examens menés sur le plan radiologique, n'avaient pas mis en évidence de substrat organique au sens d'une lésion traumatique ou de lésion structurelle supplémentaire découlant de l'accident. Le Dr M._____ était ainsi légitimé à considérer que le *statu quo sine* était atteint, pour les troubles somatiques, au terme du séjour de l'intéressé à la S._____, soit à partir du mois de janvier 2017. En outre, la CNA a renoncé à discuter plus amplement la question de savoir si les troubles subsistants devaient être classés dans la catégorie des atteintes à la santé reposant sur un substrat organique ou dans celle des atteintes à la santé perceptibles à l'examen clinique mais sans substrat organique, dans la mesure où l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles et l'accident devait être niée, quelle que soit la catégorisation de ces troubles.

C. Par acte du 21 septembre 2017, P._____, représenté par son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, concluant à ce qu'il soit « constat[é] que l'évaluation interdisciplinaire est en date de janvier 2017, et que des soins et analyses complémentaires

ont été effectués postérieurement, révélant une situation probablement en lien avec l'accident dont a été victime Monsieur P. _____ » et à ce qu'il soit « ordonn[é] une nouvelle évaluation interdisciplinaire ». Par son recours, l'intéressé a indiqué contester l'argumentation de l'intimée, ainsi que l'interprétation et l'évaluation effectuées en lien avec le rapport de la S. _____ du 26 janvier 2017. Il a justifié sa position par le fait que le Dr R. _____ avait suspecté une persistance des douleurs cervicales paroxystiques, avec irradiation des doigts de la main droite en rapport probable avec son accident du travail sur le trajet en voiture, évoquant le fait que, selon une IRM, il existait une hernie postérolatérale droite en C5-C6 avec une discopathie d'allure inflammatoire, ainsi qu'une protrusion discale postérieure en C6-C7. Le 4 avril 2017, le Dr H. _____ confirmait d'ailleurs cette discopathie C5-C6, elle-même confirmée par IRM du rachis cervical du 24 avril 2017. Ainsi, le Dr R. _____ avait bien relié la persistance des douleurs cervicales avec irradiation des doigts de la main à l'accident du 12 décembre 2015, lequel avait également occasionné un traumatisme cervical. Le recourant a ajouté que l'évaluation interdisciplinaire datait du 26 janvier 2017, alors que les derniers examens médicaux sur lesquels il se fondait - en particulier l'IRM du 24 avril 2017 et les interprétations des Drs R. _____ et H. _____ - étaient postérieurs à cette évaluation. L'intéressé était en outre toujours l'objet d'arrêts de travail en lien avec cette situation médicale. Il a ainsi estimé que « c'[était] dès lors bien le cas, avant de se prononcer sur la poursuite des prestations sociales postérieures au 30 juin 2017, d'effectuer une nouvelle évaluation interdisciplinaire pour évoquer la situation nouvelle consécutive à la première évaluation interdisciplinaire du 23 au 25 janvier 2017 ».

Dans sa réponse du 27 novembre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours, maintenant la position exprimée dans la décision sur opposition attaquée.

E n d r o i t :

- 1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1)

s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse (art. 58 al. 2 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 let. a LPA-VD).

c) Selon un principe général de procédure, les conclusions en constatation de droit ne sont recevables que lorsque des conclusions condamnatoires ou formatrices sont exclues. Sauf situations particulières, les conclusions constatatoires ont donc un caractère subsidiaire (ATF 135 I 119 consid. 4 ; TF 9C_267/2016 du 9 novembre 2016 consid. 4.1).

d) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile devant l'autorité compétente.

En revanche, il contient, d'une part, une conclusion tendant à ce que la « situation » actuelle du recourant soit mise en lien avec l'accident dont celui-ci a été victime – soit en définitive à ce qu'il soit constaté un lien de causalité entre ledit accident et les atteintes dont l'intéressé souffre – et, d'autre part, une conclusion tendant à la mise en œuvre d'une « nouvelle évaluation interdisciplinaire ».

En ce qui concerne la première conclusion, il y a lieu de relever que celle-ci est de nature constatatoire. Or, conformément à la jurisprudence précitée, une telle conclusion apparaît d'emblée irrecevable. En effet, la constatation d'un lien de causalité entre un accident et des atteintes à la santé n'est qu'une condition préalable à l'octroi de prestations d'assurance-accidents. La seconde conclusion de l'intéressé ne lui est d'aucun secours à cet égard. Il ne s'agit en effet pas d'une conclusion au fond à proprement parler, mais d'une requête de mesure d'instruction, tendant ainsi à la mise en œuvre en cours de procédure d'un moyen de preuve servant normalement à soutenir une conclusion formatrice ou condamnatrice. Cela étant, on comprend de la teneur du recours, en lien avec la teneur de la décision sur opposition attaquée, que l'intéressé souhaite en réalité obtenir le versement par l'intimée de prestations au-delà du 30 juin 2017 pour les suites de son accident du 12 décembre 2015. Compte tenu du principe selon lequel la procédure doit être simple et du fait que le tribunal n'est pas lié par les conclusions (art. 61 let. a et d LPGA), il y a lieu d'interpréter le recours et de considérer que l'intéressé a pris une conclusion condamnatrice tendant au versement de ces prestations. Il convient dès lors d'entrer en matière sur le recours, lequel satisfait au surplus aux autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1) ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c ; 110 V 48 consid. 4a).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de la part de l'intimée au-delà du 30 juin 2017 pour les suites de l'accident du 12 décembre 2015.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA).

b/aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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. 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 142 V 435

consid. 1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 118 V 286 consid. 1b ; TF 8C_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1).

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_794/2014 du 3 décembre 2015 consid. 4.2 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_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2 ; 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2).

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_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2).

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.2 et réf. cit.).

bb) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable 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 précité consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et réf. cit. ; TF 8C_560/2015 du 29 avril 2016 consid. 3.1). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 115 V 403 consid. 4a ; 107 V 173 consid. 4b ; TF 8C_235/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2.1).

c/aa) En présence d'atteintes à la santé reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre ; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb). En font par exemple partie les troubles de la nuque qui reposent sur une altération structurelle du rachis cervical (p. ex. une fracture) ou des troubles neuropsychologiques avec pour origine une lésion organique (cérébrale) établie. Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examens par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 et réf. cit.).

bb) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme du rachis cervical de type « coup du lapin », un traumatisme analogue ou un

traumatisme cranio-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).

i) 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 des suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 ; TF 8C_384/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 3). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de vingt-quatre heures à, au maximum, septante-deux 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.).

ii) Pour l'examen de la causalité adéquate, la jurisprudence distingue 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 cranio-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 369 consid. 4b, 359 consid. 6a). 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 réf. cit. ; 115 V 403 consid. 5c/aa, 133 consid. 6c/aa).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'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 (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculo-logique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et réf. cit. ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent se voir reconnaître 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

5. a) En l'espèce, l'intimée a considéré que les pièces médicales au dossier n'avaient pas permis de mettre en évidence un substrat organique au sens d'une lésion traumatique ou de lésion structurelle supplémentaire découlant de l'accident du 12 décembre 2015. Sur cette base, laissant ouverte la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle en matière de traumatisme du rachis cervical ou analogue, elle a estimé que la condition de la causalité adéquate devait de toute manière être niée, que l'on se trouve en présence de symptômes relevant du tableau clinique typique établi par la jurisprudence dans le cas d'un tel traumatisme, ou de troubles psychiques constituant une atteinte à la santé distincte et indépendante de ce tableau.

Il y a lieu de constater que toute l'argumentation du recourant repose sur la contestation de la première étape du raisonnement de l'intimée. En effet, celui-ci discute exclusivement des éléments médicaux, soit de « l'interprétation et de l'évaluation » qui en ont été faites, en

particulier du rapport d'évaluation interdisciplinaire de la S._____ du 26 janvier 2017. Pour fonder sa position, il évoque ainsi des constatations et observations effectuées postérieurement au rapport susmentionné par d'autres médecins, faisant état d'atteintes cervicales. Discutant des renseignements médicaux afin de mettre en lien ses douleurs avec l'accident du 12 décembre 2015, l'intéressé fait par conséquent porter ses griefs sur le plan de la causalité naturelle (cf. consid. 3b/aa *supra*).

b) A l'aune des règles applicables et de la jurisprudence précitées (cf. consid. 3 *supra*), ainsi que de la teneur de la décision sur opposition litigieuse, il convient ainsi de déterminer si, contrairement à ce qu'a retenu l'intimée, les pièces au dossier ne permettraient pas de constater, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle due à l'accident (cf. consid. 3c/aa *supra*).

aa) Or, force est de constater que les éléments médicaux au dossier n'ont pas permis d'objectiver de conséquences organiques à l'accident du 12 décembre 2015. En effet, il est ressorti du premier rapport d'imagerie médicale effectuée (cf. rapport de la Dresse C._____ du 27 août 2016), que le recourant présentait une hernie postérolatérale droite en C5-C6 avec une discopathie d'allure inflammatoire, ainsi qu'une protusion discale postérieure en C6-C7. Dans son rapport du 27 janvier 2017 ensuite d'un examen neurologique effectué le 25 janvier 2017 à la S._____, le Dr G._____ a notamment constaté que les lésions ressortant de l'IRM susmentionnée étaient d'ordre dégénératif. Aux termes du rapport final de la S._____ (cf. rapport d'évaluation interdisciplinaire du 26 janvier 2017), les Drs G._____ et F._____ ont relevé que ladite IRM, effectuée à huit mois de l'accident, ne permettait ainsi pas de déceler de lésions traumatiques. Dans ce même rapport, ils ont également évoqué des radiographies, non versées au dossier de l'intimée, du crâne face et profil du 27 août 2016 et de la colonne cervicale face et profil, clichés fonctionnels et en flexion-extension et cliché transbuccal, du 24 janvier 2017. Au sujet de ces radiographies, ils ont réitéré le constat selon lequel des lésions traumatiques ne pouvaient être décelées, et ont confirmé,

concernant les radiographies du 24 janvier 2017, constater une discopathie C5-C6 avec une uncodiscarthrose. Compte tenu de ce qui précède, les Drs G._____ et F._____ ont logiquement posé le diagnostic de contusions multiples, en particulier cervicales, par suite de l'accident du 12 décembre 2015. A toutes fins utiles, il est également relevé que les médecins de la S._____ ont fait état d'un examen neurologique rassurant, ne montrant pas de signe ni d'atteinte neurologique centrale et périphérique, notamment pas d'élément en faveur d'une lésion radiculaire (cf. rapports du Dr G._____ du 27 janvier 2017 et des Drs G._____ et F._____ du 26 janvier 2017). En définitive, ces médecins ont précisé que « les conséquences directes de l'accident sur la santé physique [devaient] être minimisées ».

C'est ainsi sur la base de ces éléments que le Dr M._____, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a considéré que les troubles décrits dans le rapport d'IRM du 27 août 2016 étaient préexistants à l'accident du 12 décembre 2015, que cet accident n'avait pas entraîné de lésion structurelle supplémentaire et que le *statu quo sine* avait été atteint à la sortie du recourant de la S._____.

Force est de constater que le rapport final de la S._____ du 26 janvier 2017 a pleine valeur probante en ce qu'il constate que l'accident du 12 décembre 2015 n'a entraîné aucune lésion traumatique. La même valeur probante doit ainsi être reconnue au rapport du Dr M._____ du 27 août 2016. Il était en effet hautement vraisemblable que les contusions multiples découlant dudit accident ne jouaient plus aucun rôle dans les douleurs alléguées dès la sortie de l'intéressé de la S._____ - plus de treize mois après l'accident -, soit que ces douleurs correspondaient à ce moment-là au stade d'évolution qu'elles auraient atteint sans l'accident, compte tenu des lésions structurelles dégénératives préexistantes (*statu quo sine* ; cf. consid. 3b/aa *supra*).

bb) Aucun élément au dossier ne vient jeter le doute sur ce qui précède. Il apparaît en réalité que les arguments avancés par le recourant, et partant la présente affaire, relève d'une confusion.

En effet, on comprend de son recours que celui-ci entend démontrer que ses cervicalgies sont en relation de causalité naturelle avec l'accident du 12 décembre 2015 en affirmant qu'elles découlent d'une « hernie postérolatérale droite en C5-C6 avec une discopathie d'allure inflammatoire, protrusion discale postérieure en C6-C7 » (l'assuré faisant référence à cet égard au rapport du Dr R. _____ du 10 mars 2017), discopathie confirmée par rapport du 4 avril 2017 du Dr H. _____ et par rapport d'IRM du 24 avril 2017 du Dr N. _____.

Or, il n'est aucunement contesté que l'intéressé présente les atteintes susmentionnées et que ses cervicalgies en découlent. Autre est la question de savoir si lesdites atteintes ont été causées par l'accident du 12 décembre 2015. Il a cependant été retenu ci-dessus (cf. consid. 5b/aa *supra*) que ces atteintes sont d'ordre dégénératif et étaient déjà présentes avant l'accident.

A cet égard, le rapport d'IRM du rachis cervical du Dr N. _____ du 24 avril 2017 n'est d'aucun secours au recourant. En effet, ce médecin, qui pour sa part n'a pas constaté d'hernie postérolatérale droite en C5-C6, a clairement indiqué que les discopathies C5-C6 et C6-C7 étaient d'ordre dégénératif. Par définition, elles ne découlent dès lors pas de l'accident.

Sur la base des examens IRM et radiographiques au dossier, il est dès lors constant que les altérations structurelles présentées par le recourant sont dégénératives. Il paraît en conséquence difficilement concevable que les Dr R. _____ et H. _____ puissent s'affranchir de tels résultats (cf. consid. 3c/aa *supra*).

Cela étant et au surplus, il est relevé que le Dr H. _____ a constaté que l'IRM décrivait une discopathie C5/C6 et a indiqué que les douleurs de l'intéressé étaient survenues suite à l'accident du 12 décembre 2015 (cf. rapport du 4 avril 2017). Ce médecin ne s'est ainsi prononcé à aucun moment sur un rapport de causalité entre ledit accident

et la discopathie C5/C6, étant en outre rappelé que 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. consid. 3b/aa *supra*).

S'agissant du Dr R._____, il y a tout d'abord lieu de constater que, le 9 février 2016, il avait pronostiqué une guérison vers le 13 février 2016 et précisé qu'il ne fallait pas s'attendre à la persistance d'un problème. Dans un questionnaire du 22 février 2016 destiné à l'intimée, l'intéressé avait d'ailleurs lui-même indiqué avoir été à nouveau apte au travail à partir du 13 février 2016 pour un temps plein. Par rapport du 25 avril 2016, le Dr R._____ avait cependant mentionné une rechute. Par la suite, ce médecin avait notamment fait état d'une guérison du recourant intervenue le 21 mai 2016, sans séquelles (cf. rapport du 24 mai 2016), puis d'une nouvelle rechute par la persistance de cervicalgies dans un rapport du 19 août 2016. Cette évolution des douleurs apparaît peu compatible avec une lésion traumatique découlant de l'accident du 12 décembre 2015. Quoi qu'il en soit, le Dr R._____ ayant lui-même indiqué que les cervicalgies étaient « en rapport avec [une] hernie postéro latérale droite C5/C6 et C6/C7 » (cf. rapport du 27 août 2016, voir également la teneur des rapports des 30 août 2016 et 10 mars 2017) - atteintes étant dégénératives -, ce médecin ne pouvait dès lors mettre en relation de causalité les cervicalgies du recourant et son accident sans en démontrer le caractère traumatique. Partant, force est de constater que la position du Dr R._____ quant à cette relation de causalité ne saurait être suivie, faute pour lui d'amener des éléments médicaux objectifs qui auraient été ignorés par les médecins de la S._____ ou par le Dr M._____.

A toutes fins utiles, le fait que le recourant soit toujours en arrêt de travail, comme allégué par l'intéressé, ne signifie pas encore que cet état découle de l'accident du 12 décembre 2015. Cet élément n'est dès lors d'aucune utilité pour déterminer l'existence d'un rapport de causalité naturelle.

cc) Partant, force est de constater que le recourant ne présente pas de substrat organique dans le sens d'une altération structurelle due à l'accident du 12 décembre 2015. Son recours tombe ainsi à faux.

dd) Cela étant et compte tenu de ce qui précède, la question se pose de savoir si l'on se trouve face à un accident ayant entraîné un traumatisme du rachis cervical de type « coup du lapin », un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (cf. consid. 3c/bb *supra*). A ce sujet, et concernant la causalité naturelle (cf. consid. 3c/bb/i *supra*), l'intimée a laissé la question ouverte. S'agissant du recourant, force est de constater que celui-ci ne motive aucunement l'existence d'un lien de causalité - naturelle comme adéquate - entre un tel traumatisme et des troubles relevant du tableau clinique associé, se contentant en réalité d'arguer que l'accident avait « occasionné le traumatisme cervical du 12 décembre 2015 ».

Or, la question de la réalisation de la condition de la causalité naturelle peut clairement se poser en l'occurrence. En effet si la survenance d'un choc, lors de l'accident, susceptible d'entraîner un traumatisme du rachis cervical de type « coup du lapin », un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, paraît pouvoir être retenue, l'existence des symptômes du tableau clinique associé à ces traumatismes n'est pour le moins pas évidente. A cet égard, dans le premier rapport au dossier, daté du jour de l'accident, le D. _____ n'a mentionnée que des contractures paravertébrales du rachis cervico-thoracique, ainsi qu'une dermabrasion de la paupière gauche et de l'avant-bras. Par la suite, le Dr G. _____ de la S. _____, rapportant les déclarations du recourant, a précisé que celui-ci ne présentait pas de trouble visuel, auditif ou olfactif et que sa concentration et sa mémoire étaient déclarées comme normales. Ce médecin a ajouté en outre que, toujours selon les informations fournies par l'intéressé, ce dernier avait développé des douleurs à la nuque une semaine après l'accident et des céphalées

occipitales un mois plus tard, évoquant également une légère photophobie (cf. rapport du 27 janvier 2017 ensuite d'un examen neurologique du 25 janvier 2017). Par leur rapport final de la S._____ du 26 janvier 2017, les Drs G._____ et F._____ ont confirmé que les capacités de concentration du recourant étaient cliniquement conservées et que son discours restait cohérent, sans trouble formel de la pensée. Ils ont cependant posé les diagnostics de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée et de traits de personnalité émotionnellement labile type borderline. Enfin, aux termes des deux fiches documentaires pour première consultation après un traumatisme d'accélération crano-cervical des 24 février et 3 mars 2017 et 24 mars 2017, le D._____ a indiqué que l'intéressé avait présenté immédiatement après l'accident des douleurs à la nuque, mais aucunement des céphalées, des vertiges, des nausées, des vomissements, des troubles de l'audition, des troubles de la vue, des troubles du sommeil ou d'autre symptômes, étant relevé que le Dr X._____ n'a pas modifié ou complété ces indications. Si dans la fiche qu'il a remplie le 24 février 2017, le D._____ a finalement posé un diagnostic de degré II, conformément à la classification QTF, signifiant la présence de douleurs de nuque et troubles ostéo-musculaires (y compris baisse de mobilité et douleurs ponctuelles à la pression), il a rectifié ce diagnostic dans sa fiche du 24 mars 2017, retenant cette fois-ci un diagnostic de degré I, signifiant la présence de douleurs de nuque avec douleurs / raideurs, ou uniquement douleurs, mais sans signe somatique, et avec la constatation d'une mobilité normale.

Il ressort ainsi de ce qui précède que la plupart des symptômes relevant du tableau clinique (cf. consid. 3c/bb/i *supra*) ont été exclus par les médecins.

Ensuite, le Dr G._____ semble être le seul à rapporter les plaintes du recourant selon lesquelles des céphalées occipitales seraient apparues plus d'un mois après l'accident (cf. rapport du 27 janvier 2017 ensuite d'un examen neurologique du 25 janvier 2017). A cet égard, il n'apparaît en effet pas que le Dr R._____, médecin traitant du recourant, ou son remplaçant le Dr X._____, n'aient mentionné de tels troubles.

Cela est d'autant plus étonnant que la fiche documentaire, remplie le 24 février 2017 par le D._____, a été soumise au Dr X._____ par le recourant. Ce médecin a dès lors pu constater le 3 mars 2017 que le D._____ n'évoquait pas l'existence de céphalées. Le Dr X._____ n'a toutefois pas rectifié ou complété cette information (cf. paragraphe pp. 7-8 dans la partie « En fait » *supra*). Force est ainsi de considérer que l'existence de céphalées occipitales n'est pas évidente, d'autant plus que l'intéressé ne les évoque aucunement dans son recours.

Restent les troubles psychiques diagnostiqués au terme du séjour du recourant à la S._____, ceux-ci comprenant notamment une dépression. Il convient cependant de relever que ces troubles étaient déjà présents chez l'intéressé avant l'accident du 12 décembre 2015 (cf. rapport des Drs G._____ et F._____ du 26 janvier 2017). Dès lors, les troubles psychiques susmentionnés ne sauraient être mis en relation de causalité naturelle avec l'accident, et de ce fait ne sauraient être les symptômes d'un traumatisme du rachis cervical de type « coup du lapin », traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral. Le recourant ne soutient au demeurant pas le contraire, ni d'ailleurs aucun médecin. A ce sujet, on comprend du rapport final des médecins de la S._____ que si le recourant semblait avoir particulièrement mal vécu son accident, c'était essentiellement en raison de facteurs psycho-sociaux au sens large, sans aucun rapport avec ce dernier.

Partant, il n'est pas acquis que le recourant ait présenté ne serait-ce qu'un seul symptôme du tableau clinique typique (cf. consid. 3c/bb/i *supra*) ensuite de l'accident du 12 décembre 2015.

En outre, s'il apparaît que celui-ci a certes présenté des douleurs à la nuque immédiatement après l'accident (cf. rapport du 12 décembre 2015 du D._____ ; fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical des 24 février et 3 mars 2017 et 24 mars 2017), le fait que ces douleurs immédiates aient été causées par ledit accident n'est cependant pas exempt de tout doute. A cet égard, comme retenu ci-dessus

(cf. consid. 5b/aa, bb et cc *supra*), le recourant ne présente pas d'altération structurelle due à l'accident, mais des lésions structurelles dégénératives. Dès lors, l'application au cas d'espèce de la jurisprudence prévue en cas d'accident ayant entraîné un traumatisme du rachis cervical de type « coup du lapin », un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (cf. consid. 3c/bb *supra*), n'est pour le moins pas évidente. En effet, s'il n'a pas pu être constaté un déficit organique consécutif à l'accident pouvant expliquer les cervicalgies, force est d'admettre que l'intéressé présentait néanmoins un déficit organique, cependant dégénératif, pouvant expliquer ces douleurs.

ee) En définitive, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident du 12 décembre 2015 et des symptômes relevant du tableau clinique associé à un traumatisme du rachis cervical de type « coup du lapin », un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique, est sujette à caution.

c) Cela étant, cette question peut être laissée ouverte. En effet, comme l'a à juste titre considéré l'intimée, un rapport de causalité adéquate devait de toute manière être nié, que l'on se trouve en présence de symptômes relevant du tableau clinique typique établi par la jurisprudence, ou de troubles psychiques constituant une atteinte à la santé distincte et indépendante de ce tableau. Le recourant ne formulant aucun grief quant à la motivation développée par l'intimée concernant ladite causalité adéquate, il n'y a pas lieu de revenir plus avant sur ce point.

d) Compte tenu de ce qui précède, il ne serait d'aucune utilité de mettre en œuvre une nouvelle évaluation interdisciplinaire, comme requise par le recourant. En effet, on retiendra que l'intéressé n'a pas présenté de lésion structurelle traumatique ensuite de l'accident du 12 décembre 2015, mais présente uniquement des lésions structurelles d'ordre dégénératif. Il ne fait aucun doute que des examens complémentaires ne feraient que confirmer cela. Au surplus, une

évaluation interdisciplinaire portant sur l'existence, ensuite de l'accident, d'un traumatisme du rachis cervical de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique, ou de troubles psychiques constituant une atteinte à la santé distincte et indépendante, serait également inutile. A cet égard, la causalité adéquate - qui a été en l'occurrence niée à juste titre dans ce cas - est une question de droit devant être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par le juge, et non par des experts médicaux (cf. consid. 3b/bb). Le dossier est ainsi complet du point de vue médical et ne souffre d'aucune contradiction. Il permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il y a lieu de rejeter la requête du recourant tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle évaluation interdisciplinaire (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b).

e) Partant, l'intimée était légitimée, notamment sur la base du rapport du Dr M. _____ du 10 avril 2017, à mettre fin à ses prestations pour la date du 30 juin 2017.

6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, dans la mesure de sa recevabilité, et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais judiciaires. Il n'y a pas lieu d'allouer des dépens, ni au recourant qui succombe (art. 61 let. g LPGA et art. 55 al. 1 LPA-VD), ni à l'intimée, qui n'y a pas droit en sa qualité d'assureur social (ATF 128 V 323).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 23 août 2017 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Denis Leroux (pour le recourant)
- 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).

Le greffier :