

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 janvier 2016

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente
M. Dépraz, juge, et M. Gerber, juge suppléant
Greffière : Mme Monney

Cause pendante entre :

B._____, à [...], recourant, représenté par Me Olivier Carré, avocat à Lausanne,

et

P._____, à [...], intimée, représentée par Me Séverine Berger, avocate à Lausanne.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1, 19 al. 1, 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en [...] et ancien champion de [...], était directeur et gérant de U._____ qui exploitait à [...] un fitness club et un centre de naturopathie. A ce titre, il était assuré auprès de la P._____ (ci-après: P._____ ou l'intimée), contre les accidents professionnels, les accidents non-professionnels et les maladies professionnelles.

B. Le 14 juillet 2009, une IRM cervicale et un EMG ont été réalisés en raison d'une atrophie de l'épaule gauche avec paresthésie distale ainsi que des cervicalgies, sans brachialgies. Selon le rapport du même jour du Dr G._____, spécialiste en neurologie, cette IRM a mis en évidence « un rétrécissement des trous de conjugaison à prédominance gauche, d'origine arthrosique, entre C4-C5, C5-C6 et C6-C7 », sans hernie discale. L'EMG a relevé des signes de dénervation aiguë et chronique, abondants dans le muscle deltoïde gauche, plus discrètement dans le muscle du biceps, ce qui était compatible avec un syndrome radiculaire C5-C6 gauche.

Le 18 mai 2010, l'assuré a été opéré au D._____ (ci-après : le D._____) par le Dr N._____ du Département des neurosciences cliniques. Il a bénéficié d'une décompression - fixation par voie antérieure avec cages, plaques et vis en C4-C5 et C5-C6. Selon le rapport du 29 juin 2011 du Dr N._____, les suites postopératoires ont été compliquées par une faiblesse du bras droit suite à la chirurgie. Lors de l'examen le 4 avril 2011, l'assuré déclarait ressentir depuis l'opération du 18 mai 2010 une douleur au niveau de la nuque, à droite au niveau de l'épaule, sans déficit neurologique et d'origine inconnue; il ne ressentait pas de douleur au niveau des bras, mais se plaignait toujours d'une faiblesse au niveau du bras droit.

Le 17 mai 2012, l'assuré a heurté la voûte du plafond avec la tête en sortant du jacuzzi de l'hôtel à [...], en [...]. D'après la déclaration

de sinistre du 2 juin 2012, l'assuré a été touché à la tête et aux cervicales et a été soigné à l'hôpital « O._____ ». Dans ce document, l'assuré indiquait qu'il exerçait la profession de gérant.

Selon le rapport de sortie du 18 mai 2012, l'assuré a souffert d'une blessure du cuir chevelu et de cervicalgies consécutives à un traumatisme (« in trauma contuisivo »). Un examen radiologique des cervicales n'a mis en évidence aucune lésion osseuse traumatique consécutive à l'événement du 17 mai 2012. L'assuré a interrompu le travail depuis le 17 mai 2012.

Le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, a attesté le 23 mai 2012 que l'assuré était en incapacité totale de travail dès le 17 mai 2012 pour raison de maladie.

Le 30 juin 2012, la P._____ a cessé de verser les indemnités journalières.

Le Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a pris en charge les suites de l'événement du 17 mai 2012. Dans un rapport médical intermédiaire du 2 août 2012, le Dr Q._____ a diagnostiqué une « décompression posttraumatique en C3/C4 d'un syndrome du segment adjacent à la spondylodèse C4/C5 et C5/C6 ». Aucune amélioration n'était constatée. Le syndrome du segment adjacent avait été totalement décompensé par le seul accident.

Dans un courrier du 22 août 2012, le Dr Q._____ relevait que l'assuré présentait depuis son traumatisme cervical des cervicalgies et des céphalées chroniques sévères. Suite à l'opération du 18 mai 2010, un syndrome du disque adjacent, en C3-C4, s'était alors installé à bas bruit avec un volumineux ostéophyte postérieur, décompensé par le traumatisme. A son avis, les cervicalgies étaient dues à la lésion discale C3/C4 décompensée par le traumatisme; le volumineux ostéophyte restait à risque vis-à-vis de la moelle cervicale. Le traitement médicamenteux et l'immobilisation en minerve rigide peinaient à diminuer les douleurs. Le

traitement conservateur était un échec. La question d'une décompression C3/C4 avec allongement de la spondylodèse devait être à nouveau examinée après l'examen des céphalées par le Dr X._____.

Au cours d'un entretien téléphonique du 31 août 2012 avec la P._____, l'assuré a notamment indiqué à cette dernière qu'il exerçait la profession de « gérant du fitness et du centre de naturopathie qui est dans la Sàrl ».

Dans un rapport du 6 septembre 2012, le Dr X._____, spécialiste en neurologie, décrivait les conséquences immédiates de l'événement du 17 mai 2012, qualifié de traumatisme crânien avec choc direct au niveau frontal haut sur l'angle d'un plafond bas: il n'y avait pas eu de perte de conscience, mais l'assuré avait « vu les étoiles », avec céphalées et vomissements par un fond douloureux avec des exacerbations sous forme de crises très évocatrices de phénomènes migraineux (vomissements, fatigue, photophobie, nécessité de s'aliter durant quelques heures). Il n'y avait aucun signe myélopathique. En ce qui concernait les céphalées et les cervicalgies, il y avait une composante migraineuse posttraumatique manifeste. Comme traitement médicamenteux, le Dr X._____ a proposé à l'assuré au début des phénomènes d'exacerbation de prendre un triptan qui devrait avoir bon effet, avec pendant quelque temps un myorelaxant qui pourrait interrompre en tout cas une partie du phénomène de contractions musculaires/réflexes.

Le 7 septembre 2012, la P._____ a demandé à A._____, assureur-maladie de l'assuré, de prendre en charge les frais de guérison à titre provisoire conformément à l'art. 70 de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1). Le 27 septembre 2012, A._____ a informé l'assuré qu'elle avançait ses prestations à titre provisoire dans l'attente d'une prise de position de la P._____.

Dans un rapport médical daté du 2 novembre 2012, le Dr X. _____ relevait que la situation était chronifiée avec des douleurs cervicales et céphalées importantes. Il signalait que les clichés cervicaux effectués en [...] montraient un bloc C5/C6 plutôt au-dessous de la fixation effectuée. Le tableau de troubles statiques locaux était à son avis certainement associé à la forte contracture que l'on observait décompensée par le choc du 17 mai 2012. Un traitement combinant un bétabloquant contre les céphalées avec, pendant quelques jours, un myorelaxant contre la très forte contracture persistante était tenté.

Entretemps, dans un rapport médical du 17 septembre 2012, le Dr F. _____ a diagnostiqué un traumatisme crânio-cérébral direct avec entorse cervicale. Il a constaté une atrophie musculaire secondaire à la contraction cervicale. Le traitement suivi était uniquement conservateur.

Selon le rapport du Dr T. _____, spécialiste en neurochirurgie, du 16 novembre 2012, l'assuré avait spectaculairement récupéré de la paroxie proximale du membre supérieur gauche, comparé à 2009. On ne retrouvait qu'une très minime faiblesse, à peine décelable, des muscles sus- et sous-épineux gauches. Les rotations de la nuque étaient en revanche limitée à 60° de chaque côté, légèrement douloureuses. Il y avait une hyporéflexie séquellaire bicipitale et stylo-radiale gauche. Une IRM cervicale du 20 juin 2012 mettait en évidence en C3/C4 une uncarthrose rétrécissant le trou de conjugaison de la racine C4 gauche. Un CT cervical du 20 juin 2012 montrait en C3-C4 une discarthrose circonférentielle avec uncarthrose rétrécissant nettement le trou de conjugaison de la racine C4 gauche. En C6-C7, on retrouvait une discarthrose et de l'unarthrose rétrécissant nettement le foramen de la racine C7 gauche. Le montage du matériel ostéosynthèse était parfaitement en ordre. De l'avis du Dr T. _____, les symptômes présentés par l'assuré étaient compatibles avec un whiplash-syndrome. Il n'était pas convaincu qu'une intervention, quelle qu'elle soit, puisse influencer les céphalées et cervicalgies (sans brachialgies). Il avait tenté de rassurer l'assuré en lui disant que ce genre de symptômes était souvent décrit après ce type de traumatisme, qu'ils pouvaient devenir

assez lancinants, durer des mois, mais finissaient généralement par s'estomper. Il lui a conseillé de poursuivre sur la voie conservatrice plutôt que d'envisager d'emblée un geste opératoire qui n'était en soi pas urgent compte tenu de l'absence de réelle menace sur la moelle épinière.

Le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de la P._____, a pris position comme suit le 6 décembre 2012 sur la base des rapports médicaux que celle-ci lui a transmis:

« 1.- A votre avis, les troubles actuels sont-ils en relation de causalité: certaine (100 %), vraisemblable (+ de 50 %) ou possible (- de 50 %), avec l'accident du 17.05.2012?

Sur la base des documents en ma possession, la relation de causalité entre les troubles actuels de M. B._____ et l'accident du 17.05.2012, est, tout au plus, possible.

2. Existe-t-il chez la personne assurée des états préexistants? Si oui, lesquels?

M. B._____ présente un status après des cervico-brachialgies gauches, associées à des troubles neurologiques, qui ont nécessité une intervention chirurgicale sous forme d'une décompression-spondylodèse au niveau C4-C5 et C5-C6, le 18.05.2010.

Dans les suites opératoires, on assiste à une décompensation des segments susjacentes C3-C4, sous forme de discopathies et d'une ostéophytose.

3.- S'il existe un état préexistant, selon la question n°2, et si la causalité a été jugée par vos soins au degré de la vraisemblance prépondérante:

- Quand l'état de santé tel qu'il était avant l'accident a-t-il été à nouveau atteint (statu quo ante)?

- A quel moment l'assuré aura-t-il atteint ce même état de santé si l'accident ne s'était pas produit (statu quo sine)?

Comme je l'ai mentionné sous point n° 2, il existe un état préexistant chez M. B._____.

Le 17.05.2012, M. B._____ a été victime d'un traumatisme crânien simple, c'est-à-dire qui n'a provoqué ni chute, ni perte de connaissance. En sortant d'un jacuzzi, l'assuré a heurté avec son front un plafond bas. Il s'est agi d'un choc direct. Dans ce type d'accident, les muscles de la nuque se contractent et bloquent tous les mouvements intempestifs exagérés.

Au vu du choc direct et frontal, on ne peut parler d'un traumatisme de type whiplash. On parle d'un traumatisme de type whiplash lorsque le choc survient par l'arrière.

Ceci ne correspond absolument pas au mécanisme d'un choc frontal, tel que celui subi par l'assuré. Dans le cas de M. B. _____, on peut supposer qu'il a subi une légère distorsion cervicale, de stade I ou au maximum de stade II, selon la Québec Task Force, car il n'y a aucun élément objectif constaté. Ce type de distorsion ne peut expliquer la symptomatologie cervicale.

Les céphalées et les vomissements peuvent s'expliquer par une légère commotion cérébrale, sans perte de connaissance et sans aucune répercussion neurologique radriculaire ou périphérique constatable.

Dans ces conditions, six mois d'évolution après l'événement du 17.05.2012, me paraissent suffisants pour que l'on puisse admettre le statu quo sine.

Les manifestations douloureuses actuelles peuvent être tributaires de problèmes herniaires post-spondylodèse de la colonne cervicale. Les éventuelles manifestations de l'espace C3-C4 peuvent générer des douleurs, mais ne peuvent pas être la conséquence du choc frontal survenu le 17.05.2012. Ces manifestations (discopathie, ostéophytose, canal médullaire étroit) sont l'expression d'une évolution dégénérative, comme cela s'observe fréquemment dans les segments sus- ou sous-jacents après une spondylodèse.

Les discopathies peuvent générer des contractions musculaires et des douleurs cervicales. L'état psychologique du patient peut également jouer un rôle prépondérant dans les contractures musculaires et dans les céphalées tensionnelles.

Pour toutes les raisons évoquées ci-dessus, j'estime que le rapport de causalité entre l'événement survenu le 17.05.2012 et l'état actuel de M. B. _____ n'est pas établi.

Au vu du traumatisme simple subi le 17.05.2012, j'estime que le statu quo ante/sine est rétabli à la fin du mois de novembre 2012.

4.- Comment jugez-vous la durée de l'incapacité de travail en tant que gérant de fitness?

L'événement du 17.05.2012 a pu induire une incapacité totale de travail de deux à trois semaines, tout au plus.

5.- Pensez-vous que la mise en place d'une expertise médicale soit nécessaire?

Non, en ce qui me concerne, le cas me paraît suffisamment clair.

6.- Est-ce qu'une nouvelle intervention (décompression C3-C4 avec allongement de la spondylodèse) serait en relation de causalité certaine, vraisemblable ou possible avec l'accident du 17.05.2012?

Il n'y a aucun rapport possible entre l'événement du 17.05.2012 et une intervention de décompression C3-C4 avec allongement de la spondylodèse. Cette intervention serait à la charge de la caisse maladie. »

Par courrier du 17 janvier 2013, le Dr Q._____ a déclaré qu'il s'opposait « à la notion de retour au status quo ante et au retour au status quo sine », estimant que cette appréciation n'était pas conforme à la réalité des faits.

Par courrier du 6 février 2013, le Dr Q._____ a déclaré maintenir que le traumatisme lors de l'accident du 17 mai 2012 était à l'origine de la décompensation d'un problème cervical préexistant. Il faisait aussi remarquer que le Dr X._____ avait qualifié les céphalées de posttraumatiques.

Par décision du 8 mars 2013, la P._____ a mis un terme à la prise en charge des frais de traitements au 30 novembre 2012, estimant le statu quo sine atteint à cette date. Par ailleurs, même si le médecin-conseil estimait que l'événement du 17 mai 2012 n'avait pu induire une incapacité de travail de deux à trois semaines au plus en tant que gérant de fitness, la P._____ renonçait à récupérer les indemnités journalières payées en trop jusqu'au 30 juin 2012.

Par courrier du 23 avril 2013, le conseil de l'assuré a fait opposition contre la décision du 8 mars. Il a requis une expertise.

Le 30 mai 2013, la P._____ a rendu une décision sur opposition par laquelle elle a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 8 mars 2013. Elle a estimé que l'existence d'un lien de causalité naturelle pouvait être admise « à la rigueur », mais elle a en revanche nié tout lien de causalité adéquate entre les cervicalgies et l'accident du 17 mai 2012.

C. Le 27 juin 2013, le conseil de l'assuré a déposé un recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Canton de Vaud contre la décision sur opposition du 30 mai 2013. Il a requis l'annulation de cette décision ainsi que de la décision initiale du 8 mars 2013, la constatation de son droit à des prestations persistantes de l'assurance-accidents obligatoire et le renvoi du dossier à l'assureur intimé pour complément d'instruction et nouvelle décision fixant les prestations.

A titre de mesure d'instruction, il a demandé l'ordonnancement d'une expertise, idéalement pluridisciplinaire.

Dans sa réponse du 24 septembre 2013, le conseil de la P._____ a conclu au rejet du recours.

A l'appui de sa réplique du 18 novembre 2013, le conseil du recourant a présenté une lettre du Dr Q._____ du 16 octobre 2013 où celui-ci a pris position sur la réponse du 24 septembre 2013 du conseil de l'intimée, relevant néanmoins ne pas avoir lu le rapport médical du Dr K._____. Il y déclarait que les cervicalgies et céphalées devaient être qualifiées de symptômes et non de diagnostics. A son avis le diagnostic correct s'énonçait comme suit: « Status post névralgies cervico-brachiales déficitaires gauches ; Status post décompression-spondylodèse C4/C5 et C5/C6 avec plaque antérieure en mai 2010 ; Status post lésion chronique, à bas bruit, du niveau discal adjacent, en C3/C4 marquée à l'imagerie par un volumineux ostéophyte postérieur; décompensation de l'étage C3/C4 due au traumatisme du 17 mai 2012 ». Le Dr Q._____ a déclaré que l'assuré avait subi des lésions objectivables, à savoir « en particulier, la sténose foraminale gauche sus-jacente à la spondylodèse, fait essentiel, son association à l'ostéophyte postérieur ». Il a nié s'être prononcé sur l'origine des céphalées, estimant que la détermination de l'étiologie de celles-ci était du ressort du neurologue. Il a déclaré avoir montré, soutenu par l'imagerie (localisation et taille de l'ostéophyte postérieur, association à une sténose foraminale sus-jacente), dans le cadre d'une anamnèse complète, la présence de lésion à l'étage sus-jacent à spondylodèse de 2010, et la relation de cause à effet entre le traumatisme et l'apparition de l'affection posttraumatique; à son avis la causalité naturelle était forte. Le Dr Q._____ s'est opposé à la qualification d'état dégénératif asymptomatique avant l'accident: d'une part il s'agissait en l'état d'un état postopératoire; d'autre part l'anamnèse prouvait la présence de douleurs chroniques préexistantes au traumatisme. La symptomatologie cervicale avait été soigneusement explorée par le Dr N._____ le 29 juin 2011 et n'avait débouché sur aucune mesure thérapeutique spécifique; elle était donc considérée comme stable, de sorte que le pronostic était

favorable, dans des conditions de vie usuelles. Cela montrait bien, de l'avis du Dr Q._____, que le traumatisme du 17 mai 2012 était responsable de la problématique en 2013. A l'inverse, le Dr Q._____ estimait que l'évolution, sur une colonne cervicale non opérée, et dans les suites d'un traumatisme analogue à celui subi le 17 mai 2012, eût été favorable sous quelques semaines.

Le conseil du recourant a aussi adjoint à sa réplique une lettre du psychiatre traitant, le Dr W._____, datée du 11 juillet 2013. Celui-ci y déclarait traiter le recourant depuis le 18 juillet 2011 pour des troubles dépressifs avec une composante anxieuse et des troubles du sommeil, consécutivement au décès de la compagne du recourant, ce qui avait engendré un deuil pénible à surmonter. Suite à l'accident du mois de mai 2012, il y avait augmentation de la symptomatologie dépressive, à savoir augmentation de l'anxiété devant le fait de ne pas pouvoir accomplir son travail convenablement à cause de l'exacerbation de douleurs à la nuque.

Dans sa duplique du 20 février 2014, le conseil de l'intimée a maintenu ses conclusions, tout en requérant, à titre de mesure d'instruction, que le médecin-traitant du recourant, le Dr F._____, soit invité à produire l'entier de son dossier concernant le recourant. Elle estimait en effet qu'au regard des pièces produites, notamment par le biais de l'assurance-maladie du recourant, celui-ci avait subi plusieurs examens qui pourraient être utiles pour mettre en exergue le caractère dégénératif des lésions dont il souffrait et la préexistence de l'ostéophyte dont il se prévalait. A l'appui de sa duplique, l'intimée a présenté un courrier du Dr K._____ du 4 décembre 2013 qui prenait position sur la lettre du Dr Q._____ du 16 octobre 2013 avec les appréciations suivantes:

- Le mot « décompensation » utilisé par le Dr Q._____ était une description vague qui ne spécifiait pas en quoi consistait cette décompensation.

□ Il était tout à fait habituel, avec le temps, de trouver des signes dégénératifs aux étages sus- et sous-jacents du site

opératoire en raison de l'augmentation des sollicitations mécaniques.

□ Le diagnostic de « composante migraineuse post-traumatique manifeste » aurait pu être retenu dans les semaines, voire le premier mois, qui avaient suivi l'événement du 17 mai 2012. Par contre, ce diagnostic devenait discutable du moment que l'on savait que la cause des migraines pouvait être multiple. Au vu de cela, la relation de causalité entre cette composante migraineuse et l'événement du 17 mai 2012, six mois après l'événement incriminé, n'était pas établie avec une « probabilité ».

□ Le choc direct au niveau frontal avait provoqué un traumatisme crânien sans perte de connaissance. Suite à ce choc, l'assuré avait souffert de douleurs à la nuque et au front. Au vu de ces manifestations, on pourrait suspecter des manifestations post-commotionnelles. Toutefois, six mois d'évolution post-accidentelle paraissaient être un laps de temps suffisant pour admettre qu'il n'y avait plus de rapport de causalité entre le traumatisme subi le 17 mai 2012 et les manifestations qui avaient pu être présentes après la fin du mois de novembre 2012. Il était difficile d'imaginer qu'un traumatisme crânien simple puisse entraîner des manifestations de type post-commotionnel au-delà de six mois. Il en était de même en ce qui concernait les cervicalgies, dont l'étiologie ne pouvait être qu'en rapport avec un état préexistant. Par ailleurs, le syndrome douloureux chronique pour lequel l'assuré était suivi par le Dr W._____, avant l'événement incriminé, pouvait parfaitement avoir des répercussions sur les plaintes douloureuses.

E n d r o i t :

1. a) Selon l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), 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 des exceptions expressément prévues.

L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de trente jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). La décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

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 al. 1 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

c) Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

2. Le recourant conclut à l'annulation de la décision attaquée et à la constatation de son « droit à des prestations persistantes » de l'assurance-accidents obligatoire. Selon la jurisprudence, une autorité ne peut rendre une décision de constatation (art. 49 al. 2 LPGA; cf. aussi l'art. 25 al. 2 en liaison avec l'art. 5 al. 1 let. b PA [loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative ; RS 172.021]) que lorsque la constatation immédiate de l'existence ou de l'inexistence d'un rapport de droit est commandée par un intérêt digne de protection, à savoir un

intérêt actuel de droit ou de fait, auquel ne s'opposent pas de notables intérêts publics ou privés, et à condition que cet intérêt digne de protection ne puisse pas être préservé au moyen d'une décision formatrice, c'est-à-dire constitutive de droits ou d'obligations (ATF 129 V 289 consid. 2.1, 126 II 300 consid. 2c et réf. cit.). La procédure de recours en assurances sociales conduit donc, en cas d'admission du recours, en principe à un jugement formateur. Une demande de jugement constatatoire n'est donc recevable que si un jugement formateur n'est pas possible. Tel n'est pas le cas en espèce. La conclusion en une constatation est donc irrecevable.

3. La décision attaquée est une décision de clôture qui met un terme à l'octroi de prestations provisoires au motif de l'absence de lien de causalité. Le litige porte donc sur la poursuite des prestations provisoires de l'assurance-accidents au-delà du 30 novembre 2012.

4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel ou non. La notion d'accident est définie à l'art. 4 LPGA : il s'agit de 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.

En l'espèce, l'événement du 17 mai 2012, à savoir le choc frontal avec le plafond bas au sortir du jacuzzi, remplit les conditions de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA dans la mesure où il a entraîné une atteinte à la santé du recourant.

5. a) Le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1, seconde phrase, LAA a contrario). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et réf. cit.). L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit

être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (RAMA 2005 n°U 557 p. 388 ; TFA U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1). L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (RAMA 2005 n°U 557 p. 388 ; TFA U 244/04 cité consid. 3.1 et réf. cit.; TF 8C_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 4.2). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité (pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10 % au moins).

Une fois que le traitement médical a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA.

b) Selon la décision du 8 mars 2013 qui se fondait sur le rapport du Dr K. _____ du 6 décembre 2012 et qui a été confirmée par la décision attaquée, l'accident n'avait plus eu d'influence sur la capacité de travail du recourant en tant que gérant de fitness après deux à trois semaines. Dans cette optique, la poursuite du traitement médical n'était pas nécessaire avec une vraisemblance prépondérante.

Il ressort du courrier du 17 septembre 2012 du Dr F. _____ que le traitement des atteintes physiques était uniquement conservateur et du rapport du Dr T. _____ du 16 novembre 2012 qu'aucune opération n'était recommandée. Le rapport du 2 novembre 2012 du Dr X. _____ relevait qu'un traitement combinant un bêtabloquant contre les céphalées

et, pendant quelques jours, un myorelaxant contre la très forte contracture persistante était tenté. Selon le rapport du Dr T. _____ du 16 novembre 2012, le traitement poursuivi avait un caractère conservatoire (physiothérapie, traitement médicamenteux) dont il conseillait la poursuite. Il en découle qu'on peut admettre avec une vraisemblance prépondérante que la poursuite du traitement au-delà du 30 novembre 2012 n'aurait pas été susceptible d'apporter une amélioration sensible de la capacité de travail. C'est donc à juste titre que l'intimée a clos le cas au 30 novembre 2012.

6. a) Le droit à des prestations découlant d'un événement 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 réf. cit.).

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 ; RAMA 1999 n°U 341 p. 408 ss 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 ; Frésard/Moser-Szeless in : Meyer, Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, no 104 p. 929 et réf. cit.).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1). Si l'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 de l'assuré 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 ; RAMA 1992 n°U 142 p. 75 cons. 4b ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 107 p. 930).

b) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme craniocérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). 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 (arrêt 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 6.1 et réf. cit.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1, 117 V 359 c. 4b).

En l'espèce, un traumatisme crânio-cérébral avec entorse cervicale a été diagnostiqué par le Dr F._____ et un traumatisme crânien par le Dr X._____. Selon le rapport de sortie du 18 mai 2012, l'assuré avait souffert d'une blessure du cuir chevelu et de cervicalgies. La négation par le Dr K._____ d'un syndrome de type whiplash en raison du choc frontal n'est pas déterminante, car la jurisprudence relative aux traumatismes craniocérébraux ne s'applique pas exclusivement aux traumatismes dus à un choc par l'arrière.

Dans un rapport du 6 septembre 2012, le Dr X._____ avait décrit les conséquences immédiates de l'événement du 17 mai 2012: il n'y avait pas eu de perte de conscience, mais l'assuré avait « vu les étoiles », avec céphalées et vomissements par un fond douloureux avec des exacerbations sous forme de crises très évocatrices de phénomènes migraineux (vomissements, fatigue, photophobie, nécessité de s'aliter durant quelques heures). Les conditions jurisprudentielles pour admettre le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain étaient donc remplies.

c) Il ressort du rapport du 22 août 2012 du Dr Q._____ qu'un syndrome du disque C3-C4 s'était installé à bas bruit avec un volumineux ostéophyte postérieur suite à l'opération du 18 mai 2010. Cette atteinte était donc antérieure à l'accident du 17 mai 2012. Comme l'opération du 18 mai 2010 n'était pas motivée par une lésion accidentelle, le syndrome du disque C3-C4 avec ostéophyte doit être qualifié d'état dégénératif antérieur à l'accident.

Le Dr Q._____ soutient dans sa lettre du 16 octobre 2013 que la sténose foraminale gauche sus-jacente à la spondylolyse est une lésion objectivable consécutive à l'accident du 17 mai 2012. Une uncarthrose rétrécissant le trou de conjugaison de la racine C4 gauche a certes été mise en évidence par un IRM cervical et par un CT cervical en date du 20 juin 2012. Le Dr Q._____ n'avance aucun argument à l'appui de sa thèse d'un lien de causalité naturelle entre l'uncaarthrose provoquant la sténose foraminale de la racine C4 gauche et l'accident du 17 mai 2012. Par ailleurs, il convient de relever que le 6 février 2013, le Dr Q._____ avait simplement constaté la décompensation d'un problème cervical préexistant. L'affirmation du Dr Q._____ du 16 octobre 2013 n'est pas non plus corroborée par le Dr T._____: si celui-ci a déclaré le 16 novembre 2012 que les symptômes présentés par le recourant « étaient compatibles avec un whiplash syndrome », il ne s'est pas prononcé sur le lien de causalité entre l'uncaarthrose rétrécissant le trou de conjugaison de la racine C4 gauche et l'accident du 17 mai 2012. A l'inverse, le Dr K._____ a déclaré le 6 décembre 2012 que la décompensation des segments susjacents C3-C4, sous forme de discopathies et d'une ostéophytose, faisait partie des suites de l'opération du 18 mai 2010. Cela étant, il faut estimer que la sténose foraminale de la racine C4 gauche était avec une vraisemblance prépondérante une atteinte préexistant l'accident du 17 mai 2012. Elle constitue donc un déficit fonctionnel organique sans lien de causalité naturelle avec l'accident du 17 mai 2012. Il en va de même pour la discarthrose et l'uncaarthrose rétrécissant nettement le foramen de la racine C7 gauche constatée lors du CT cervical du 20 juin 2012. Quant à la déclaration du Dr X._____ dans son rapport du 2 novembre 2012 selon lequel les clichés cervicaux effectués en [...] montraient un bloc C5/C6 plutôt au-dessous de la fixation effectuée, elle est contredite par le Dr T._____ qui relevait que le montage du matériel d'ostéosynthèse était parfaitement en ordre. Elle ne démontre pas non plus l'existence d'un déficit fonctionnel consécutif à l'accident du 17 mai 2012.

L'existence d'une aggravation des symptômes d'un état maladif préexistant consécutivement à l'accident est attestée par les Drs

Q._____ et X._____. Le Dr Q._____ a qualifié les manifestations douloureuses d'aggravation (décompensation) d'un état antérieur à l'accident. De même, le Dr X._____ a déclaré que les troubles statiques locaux étaient certainement associés à la forte contracture que l'on observait décompensée par le choc du 17 mai 2012. En revanche, le Dr T._____ déclarait que les symptômes présentés par le recourant étaient compatibles avec un whiplash-syndrome; cet avis est plus ambigu, car on peut aussi le comprendre comme affirmant que les symptômes étaient exclusivement la conséquence de l'accident, dans sans lien avec l'état dégénératif antérieur. Dans son courrier du 21 janvier 2013, le Dr T._____ est revenu sur la qualification comme « whiplash syndrome », estimant qu'elle ne correspondait pas à la description de l'accident du 17 mai 2012. Dans ce même courrier, le Dr T._____ a laissé ouverte la question d'une relation de causalité entre l'événement traumatique et les plaintes du recourant en janvier 2013, refusant de se prononcer sur l'avis du Dr K._____. Contrairement à ce que soutient l'intimée, on ne peut toutefois pas déduire de la déclaration du Dr T._____ selon laquelle il n'était pas convaincu qu'une intervention chirurgicale, quelle qu'elle soit, puisse influencer les céphalées et cervicalgies, une négation de l'existence d'une décompensation des troubles cervicaux préexistant. Quant au Dr K._____, il a associé les céphalées et les vomissements à la légère commotion cérébrale et déclaré que la légère distorsion cervicale, de stade II au maximum, subie par le recourant ne pouvait pas expliquer la symptomatologie cervicale. A son avis, les manifestations douloureuses (discopathie, ostéophytose, canal médullaire étroit) présentes en décembre 2012 étaient l'expression d'une évolution dégénérative, comme cela s'observait fréquemment dans les segments sus- ou sous-jacents après une spondylodèse. Le Dr K._____ paraît avoir exclu que l'accident du 17 mai 2012 ait entraîné une aggravation de l'atteinte préexistante, puisqu'il a affirmé que les « éventuelles manifestations de l'espace C3-C4 peuvent générer des douleurs, mais ne peuvent pas être la conséquence du choc frontal survenu le 17.05.2012 ». Les avis médicaux sont donc contradictoires sur la question de savoir si l'accident du 17 mai 2012 a entraîné une aggravation de l'atteinte à la santé préexistante. La question

de l'existence d'une telle aggravation peut néanmoins rester ouverte, car elle n'est pas déterminante pour l'issue de la cause.

aa) Si, conformément à la règle jurisprudentielle selon laquelle le seul fait que les douleurs ont augmenté après l'accident ne suffit pas à démontrer le lien de causalité entre l'accident et l'aggravation des symptômes, l'on niait que l'accroissement des symptômes de l'état maladif préexistant était dans un lien de causalité naturelle avec l'accident du 17 mai 2012 en donnant la préférence à l'analyse du Dr K._____, alors il faudrait considérer que cet événement a entraîné uniquement un traumatisme crânien simple. Dans ce cas, on peut admettre, conformément à l'appréciation du Dr K._____, que les symptômes encore présents à la fin novembre 2012 n'étaient plus, avec une vraisemblance prépondérante, dans un lien de causalité naturelle avec cet accident. Il en découlerait que le statu quo sine serait atteint, comme la décision attaquée l'a constaté.

bb) Examinons maintenant l'hypothèse dans laquelle l'accident du 17 mai 2012 aurait entraîné une aggravation de l'état maladif préexistant. Le rapport du Dr K._____ ne permet en effet pas d'écarter l'argument avancé par le Dr X._____, à savoir que la forte contracture constatée encore en novembre 2012 avait été décompensée par l'événement du 17 mai 2012 et qu'elle expliquait les troubles statiques locaux. On pourrait donc admettre que cet événement avait entraîné avec une vraisemblance prépondérante une aggravation de l'état de santé préexistant.

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 ; 1992 n° U 142 p. 75 ; arrêts 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (arrêt 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2).

S'agissant des aggravations post-traumatiques (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique, la jurisprudence a, en se fondant sur l'expérience médicale, établi la présomption qu'une telle aggravation cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (cf. SVR 2009 UV n° 1 p. 1; voir également les arrêts 8C_843/2014 du 18 mars 2015 consid. 8.1; 8C_765/2014 du 9 février 2015 consid. 6.1; 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1; 8C_314/2011 du 12 juillet 2011 consid. 7.2.3 ; 8C_416/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.3 et 8C_679/2010 du 10 novembre 2010 consid. 3.3). Cette présomption ne s'applique en revanche pas lorsque l'état maladif antérieur de la colonne vertébrale était déjà symptomatique suite à une opération. Dans un tel cas, s'il y a eu aggravation des symptômes consécutivement à l'accident, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant aussi longtemps qu'il n'est pas prouvé avec une vraisemblance prépondérante que le statu quo sine vel ante est rétabli.

En l'espèce, le rapport du Dr X. _____ du 2 novembre 2012 faisait état d'une chronification des douleurs cervicales et céphalées et rappelait que le tableau de troubles statiques locaux était à son avis certainement associé à la forte contracture que l'on observait décompensée par le choc du 17 mai 2012. Le rapport du Dr K. _____ du

6 décembre 2012 ne permet pas d'exclure le maintien de ce lien de causalité lors de la clôture du cas. Son argument selon lequel les discopathies peuvent générer des contractions musculaires et des douleurs cervicales rend possible une cause purement malade aux contractures observées, mais il ne suffit pas pour écarter avec une vraisemblance prépondérante que les contractures cervicales et les troubles cervicaux qu'elles entraînaient aient encore été, lors de la clôture du cas, la conséquence de la décompensation post-traumatique. La décision attaquée le reconnaît d'ailleurs puisqu'elle « admet à la rigueur un lien de causalité naturelle ». Le statu quo sine n'était donc pas atteint dans l'hypothèse dans laquelle l'accident du 17 mai 2012 aurait entraîné une aggravation de l'état maladif préexistant. Cela ne modifie toutefois pas l'issue du litige, car, comme nous le verrons, même dans cette hypothèse le lien de causalité adéquate devrait être nié.

d) S'agissant des troubles psychiques, il ressort du courrier du Dr W. _____ du 11 juillet 2013, que les atteintes à la santé étaient antérieures à l'accident. Suite à l'accident du 17 mai 2012, ce praticien a constaté une augmentation de la symptomatologie dépressive, à savoir une augmentation de l'anxiété devant le fait de ne pas pouvoir accomplir son travail convenablement à cause de l'exacerbation de douleurs à la nuque.

La décision attaquée ne s'est pas prononcée sur le lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques et l'accident du 17 mai 2012. La question de savoir si l'accident du 17 mai 2012 a entraîné une aggravation des troubles psychiques et constitue une cause partielle de ceux-ci peut néanmoins rester ouverte, car, comme nous le verrons, le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et cet accident devrait être nié.

7. Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 in limine). Selon la jurisprudence, 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 réf. cit.). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a).

a) En cas d'atteinte à la santé physique, le lien de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des atteintes sans preuve d'un déficit organique. 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'examen par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (ATF 134 V 231 consid. 5.1, TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3, 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 et réf. cit.).

En l'espèce, nous avons vu que tant l'ostéophyte que la sténose foraminale de la racine C4 gauche, la discarthrose et l'uncarthrose rétrécissant le foramen de la racine C7 gauche étaient avec une vraisemblance prépondérante une atteinte préexistant l'accident du 17 mai 2012 et ne constituaient donc pas un déficit fonctionnel organique en lien de causalité avec l'accident du 17 mai 2012. Il n'y avait donc pas de conséquences organiques objectivement avérées de l'accident.

b) En présence d'atteintes physiques sans preuve d'un déficit organique apparues après un accident et d'atteintes psychiques, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue

à la colonne cervicale (SVR 1995 UV no 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme craniocérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV no 8 p. 27, consid. 2 ss et réf. cit.). En présence de tels traumatismes, pour décider de l'existence ou non d'un lien de causalité adéquate, il y a lieu de raisonner par analogie avec la jurisprudence en matière de troubles psychiques. Il convient en particulier d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et d'appliquer des critères objectifs analogues (Frésard/Moser-Szeless, in : Meyer, Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 131 p. 941).

En l'espèce, un traumatisme crânio-cérébral avec entorse cervicale a été diagnostiqué par le Dr F. _____ et un traumatisme crânien par le Dr X. _____, c'est pourquoi il convient d'appliquer les critères prévus en cas de traumatisme crânio-cérébral pour l'appréciation de la causalité adéquate. Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme craniocérébral, ne sont pas relégués au second plan par une atteinte psychique, on applique les critères suivants pour l'examen de la causalité adéquate :

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

Dans le cas présent, le fait de se heurter le front contre un plafond bas en sortant d'un jacuzzi peut tout au plus être qualifié d'accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. Or en l'espèce, seul l'un des critères susmentionnés entrerait éventuellement en ligne de compte, à savoir l'intensité des douleurs, étant précisé que le trouble dépressif ne relègue pas au second plan les cervicalgies. Quant aux autres critères, ils ne sont manifestement pas remplis. Certes, tous les éléments susmentionnés ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, lorsque, comme en l'espèce, un accident se situe à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 403 consid. 5c/bb ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; TF 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3 ; 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2). Il ne ressort cependant pas du dossier que tel soit le cas.

Au vu de ce qui précède, force est d'admettre que la causalité adéquate n'était donc pas remplie lors de la clôture du cas, ni pour les troubles physiques sans preuve d'un déficit organique consécutif à l'accident ni pour les troubles psychiques. C'est donc à raison que l'assureur intimé a mis un terme à l'octroi des prestations d'assurance au 30 novembre 2012.

8. Dans son recours, B._____ soutient enfin qu'en raison de ses douleurs, il souffre de limitations fonctionnelles dans le cadre de son activité de naturopathe.

En matière d'assurances sociales, l'autorité établit les faits d'office en vertu de la maxime inquisitoire. Celle-ci est cependant tempérée par le devoir des parties de collaborer à l'établissement des faits. En particulier, l'art. 30 LPA-VD dispose que les parties sont tenues de collaborer à la constatation des faits dont elles entendent déduire des

droits (al. 1). Lorsque les parties refusent de prêter le concours qu'on peut attendre d'elles à l'établissement des faits, l'autorité peut statuer en l'état du dossier (art. 30 al. 2 LPA-VD).

En l'espèce, aucun élément au dossier n'atteste d'une activité de naturopathe de la part du recourant. Au contraire, B._____, qui est au demeurant assuré en qualité de gérant auprès de l'intimée, a indiqué dans ses premières déclarations, à savoir l'annonce de sinistre LAA du 2 juin 2012, exercer la profession de « gérant ». De même, lors d'un téléphone le 31 août 2012 avec l'assurance-accidents, le recourant s'est décrit comme étant « gérant du fitness et du centre de naturopathie qui est dans la Sàrl ». Ce n'est que dans le cadre de son recours que l'assuré a prétendu être touché dans sa capacité de travail en tant que naturopathe, se réservant de produire des pièces, lesquelles n'ont cependant jamais été versées au dossier de la cause. Force est donc de constater que les faits invoqués par le recourant ne sont pas établis. Il en découle que ce grief doit être écarté.

9. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise du recourant doit dès lors être rejetée. Il n va de même s'agissant de la requête de l'intimée tendant à la production de l'entier du dossier du Dr F._____.

Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

10. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Le présent arrêt est rendu sans frais (cf. art. 61 let. a LPGA ; 45 LPA-VD), ni allocation de dépens dès lors que le recourant, assisté d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, n'obtient pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 30 mai 2013 par la P._____ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour B._____), à Lausanne,
- Me Séverine Berger (pour P._____), à Lausanne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :