

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 décembre 2016

Composition : M. PIGUET, président
M. Neu et Mme Brélaz Braillard, juges
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

P. _____, à M. _____, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

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

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1979, travaillait depuis le 23 mars 2008 pour le compte d'Y._____ SA. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 7 novembre 2009, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation routière. Alors qu'il circulait normalement au volant de sa voiture, il a percuté frontalement le côté droit d'un véhicule immobilisé sur sa voie de circulation à la suite d'une perte de maîtrise. Il a subi à cette occasion un mécanisme d'accélération/décélération de la colonne cervicale. Le même jour, l'assuré a bénéficié de premiers soins à l'Hôpital R._____ sous la forme d'une médication antalgique. Il n'a pas été hospitalisé. Les examens radiologiques effectués à l'Hôpital R._____ (CT cérébro-cervical du 9 novembre 2009 et angio-CT du cou et du polygone de Willis et CT cérébral du 10 novembre 2009) n'ont pas mis en évidence, respectivement, de lésion traumatique à l'étage cérébro-cervical ni d'anomalie visualisée sur l'angio-CT du cou et du polygone de Willis ainsi que sur le scanner cérébral post-injection.

L'assuré ayant cependant très rapidement présenté des symptômes tels que fatigabilité, baisse de l'attention, maux de tête, nausées ou impression de perte de mémoire, ainsi que des déficits de nature visuelle et auditive, il a fait l'objet de nombreuses investigations spécialisées.

Dans un rapport du 22 janvier 2010 consécutif à un examen du 4 décembre 2009, le Dr H._____, spécialiste en neurologie, a conclu en ces termes son évaluation de la situation :

L'examen neurologique est normal. L'IRM cérébrale est normale également. Les plaintes du patient font penser à un « syndrome subjectif post-traumatique » sans contusion cérébrale. A l'examen

de contrôle, il décrit une amélioration des céphalées mais la persistance de troubles de la concentration et de la mémoire. Il se trouve que pour l'instant il est dans une phase professionnelle moins tensionnelle ce qui le soulage. En principe, ces symptômes s'améliorent avec le temps, de sorte qu'il n'y a pas de traitement spécifique si ce n'est l'entraînement de la mémoire.

Ayant constaté depuis le mois de février 2010 environ l'apparition de problèmes visuels au niveau de l'œil gauche, l'assuré a consulté le Dr D._____, spécialiste en ophtalmochirurgie, lequel a, dans un rapport du 17 février 2010, posé les diagnostics de myopie bilatérale, status post-opération de microstrabisme il y a quinze ans environ, strabisme convergent résiduel et absence de binocularité ancienne, trouble de l'accommodation probablement post-traumatique et probable trouble microcirculaire à l'œil gauche, avant de résumer le cas comme suit :

Le patient présente une sécheresse oculaire probablement post-traumatique qui sera traitée avec des larmes artificielles.

Par ailleurs, il présente un probable trouble microcirculaire rétinien ou occipital. A cet effet, pour éclaircir le diagnostic, nous avons effectué d'une part un test du champ visuel et d'autre part une angiographie rétinienne afin de déterminer d'éventuelles lésions du fond d'œil non visibles en ophtalmoscopie directe. Le champ visuel a révélé de très discrètes altérations centrales dont le patient ne semble pas conscient subjectivement. Leur origine n'est pas certaine, étant donné qu'à l'angiographie aucune pathologie n'a pu être mise en évidence. Nous avons prévu encore un examen OCT de la rétine qui sera fait par le PD Dr B._____ le 19 février 2010, dont [le] rapport vous sera remis par ce médecin directement.

Enfin, il souffre également d'un trouble accommodatif, ayant besoin d'une correction pour être confortable de près qui correspondrait normalement à un âge plus avancé. Des lunettes progressives lui ont donc été prescrites pour soulager la fatigue oculaire.

Dans un certificat médical du 24 février 2010, le Dr G._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, a posé les diagnostics de status après commotion cérébrale sur accident de voiture le 7 novembre 2009, acouphènes intermittents des deux côtés ainsi que perte auditive dans les hautes fréquences. Au terme de son examen, il a indiqué que l'acouphène présenté par l'assuré était d'apparition récente et qu'il était de nature post-traumatique. Selon lui, il était très vraisemblablement dû à une contusion labyrinthique comme en

témoignait l'audiogramme montrant une diminution de l'acuité auditive dans les hautes fréquences.

Le 22 février 2011, le Dr V._____, spécialiste en neurologie, a procédé à une évaluation neurologique complète de l'assuré, comprenant en particulier un examen neurosonologique ainsi qu'un électroencéphalogramme. Dans son rapport du 24 février 2011, il a rendu compte en ces termes de son appréciation :

Ce patient, qui a été victime d'un sévère whiplash en novembre 2009, présente comme symptomatologie actuelle persistante, des troubles cognitifs qui le gênent aussi bien dans son activité privée que professionnelle. Il doit tout noter, il a des oublis extrêmement fréquents, dont certains sont tout de même alarmants. Il oublie de fermer sa voiture, son appartement, il n'arrive pas à gérer deux affaires en même temps dans son travail.

Au cours de notre première investigation de ce jour, l'examen neurologique complet est parfaitement normal, l'examen Doppler précérébral et transcrânien est excellent. Nous n'avons aucune pathologie menaçante, pas de dissection carotidienne, une circulation intracérébrale tout à fait bonne. Nous avons procédé encore à un EEG dont l'activité de base alpha est parfaitement normale.

Du fait que le patient avait déjà eu un scanner natif et semble-t-il une IRM, examens normaux, nous ne voyons pas la nécessité de refaire l'IRM. Par contre, il est impérieux, au vu des plaintes du patient, de compléter les investigations par un examen spécialisé de la mémoire du fait que notre premier examen, le Mini Mental Status, était encore dans les normes.

Je remercie le Professeur F._____ de le convoquer à sa convenance. Je reverrai le patient après cette évaluation.

Le 26 mars 2011, l'assuré a été examiné par le Prof. F._____, spécialiste en neurologie, lequel a conclu comme suit son rapport du 1^{er} avril 2011 :

En conclusion, l'examen effectué chez ce patient de 31 ans, tout à fait collaborant et adéquat, conscient de ses troubles qu'il décrit avec justesse, non ralenti mais passablement fatigable en fin de séance, montre la préservation de l'ensemble des fonctions cognitives testées (langage, praxies, gnosies, mémoire, fonctions exécutives et attention), les performances se situant globalement dans la moyenne. Relevons en revanche un score d'anxiété significatif à l'échelle HAD. Par ailleurs, bien que cet examen ne montre formellement aucune difficulté, soulignons que la fatigabilité

du patient interfère vraisemblablement avec ses performances, ces dernières étant moins bonnes qu'attendues en fin de séance. De plus, nous pouvons sans doute inférer l'impact de cette fatigabilité sur la vie professionnelle du patient, d'autant plus que les tâches qu'il a à accomplir requièrent certainement plus de ressources attentionnelles que celles effectuées dans le présent examen.

Nous vous proposons de revoir Monsieur P. _____ dans un délai de 12 mois environ, afin de suivre son évolution. Dans l'intervalle, l'introduction d'un traitement médicamenteux à visée anxiolytique et/ou antidépressive nous semble indiquée, afin de lui permettre de disposer au mieux de ses ressources.

A la demande de son médecin traitant, l'assuré s'est soumis à une évaluation neuropsychologique. Celle-ci a eu lieu en date du 4 avril 2011 au Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation de l'Hôpital R. _____ sous la responsabilité du Prof. Q. _____, chef de service, et de T. _____, psychologue assistante, et dont elles ont rendu compte dans un rapport du même jour. Dans une lettre d'accompagnement du 5 avril 2011, la Prof. Q. _____ a souligné les éléments suivants :

Cette évaluation a mis en évidence des performances dans les limites des normes hormis des signes discrets d'une fatigabilité accrue et des difficultés attentionnelles.

Anamnesticquement nous retenons que votre patient a été la victime de la voie publique le 7 novembre 2009 (choc frontal), sans perte de connaissance mais avec une amnésie circonstancielle très probablement de quelques minutes.

Le patient nous a appris qu'il a repris très rapidement son activité professionnelle à 100% et qu'il a maintenu ce taux de travail depuis. Néanmoins il nous fait part du fait que son rendement est très vraisemblablement diminué. A notre connaissance il n'y a pas une évaluation objective de son rendement actuellement. De même nous retenons des plaintes portant à l'audition (acouphènes, perte auditive des deux côtés) ainsi qu'ophtalmologiques.

En absence d'antécédents neurologiques ou neurochirurgicaux, il est fort probable que les discrets signes neuropsychologiques sont en relation avec l'accident du 7 novembre 2009. Ils sont à l'origine d'une probable diminution de rendement.

Dans un rapport médical du 22 avril 2011 consécutif à un examen du 19 avril précédent, le Prof. V. _____ s'est exprimé en ces termes :

J'ai longuement revu ce patient suite à ma première évaluation qui était consécutive à l'accident dont il n'était pas fautif avec traumatisme crânien et Whiplash en novembre 2009.

J'avais proposé d'effectuer, au vu des plaintes, un bilan extensif des tests de la mémoire. Je vous adresse le rapport de mon ami le Dr F._____.

Dans l'ensemble, l'examen est heureusement encore satisfaisant. Il y a une préservation de l'ensemble des fonctions cognitives testées mais le patient est extrêmement fatigable, surtout en fin de séance, et dans l'échelle anxiodépressive, il y a une légère part d'anxiété. Un nouveau bilan du même type serait souhaitable dans douze mois.

Actuellement, le patient se plaint toujours de n'être plus comme avant dans ses performances cognitives et professionnelles. Il vient d'échouer la deuxième année de revalorisation de ses certificats. Il travaille dans la sécurité informatique à Y._____ SA.

Il se plaint depuis trois semaines de douleurs basicervicales qui irradient dans les régions bifrontales, douleurs qui sont plus ou moins continues. Il se plaint également depuis une semaine environ d'être réveillé précocement entre 4 h 00 et 4 h 30 du matin. Il poursuit la chiropractie chez le Dr N._____ une ou deux fois par mois.

Après une longue discussion et en ayant analysé les résultats de ces tests de la mémoire pour que le patient comprenne les résultats, je lui ai bien fait comprendre que ceci peut être encore la conséquence de cet accident de circulation. Mais il n'y a pas de déficit grave ; donc on doit escompter à une amélioration progressive et à récupérer les fonctions cognitives comme auparavant. Mais ceci peut mettre du temps.

Je ne serais pas enclin à vouloir donner un médicament antidépresseur ou anxiolytique trop fort pour ne pas perturber sa « fatigue cérébrale ». De ce fait, je propose plutôt une phytothérapie à savoir pour les troubles de la concentration le Symfona Forte 1 le matin et 1 le soir, et pour ses céphalées avec une tension basicervicale comme point de départ, du Relaxane 1 cp le matin et le soir.

Je le reverrai en contrôle le 25 juillet 2011 à 8 h 30.

(...)

Du 17 au 18 octobre 2011, l'assuré s'est soumis à une polysomnographie complète ambulatoire avec polygraphie respiratoire complète ainsi qu'à une oxymétrie nocturne et actimétrie des membres inférieurs, à la suite de quoi le Prof. V._____ a procédé à une consultation neurologique pour les troubles du sommeil en date du 19 octobre 2011. Rendant compte des résultats des examens effectués dans

un rapport du 24 octobre 2011, il a indiqué ce qui suit sous l'intitulé « Appréciation générale » :

Cet examen polysomnographique complet a permis d'avoir plusieurs renseignements. D'une part, nous avons un sommeil plus ou moins continu, avec une certaine quantité physiologique, mais la qualité n'y est pas, car il n'y a aucune structure cyclique et une seule petite courte phase de 5 minutes de sommeil calme et profond. Il reste par contre calme et il n'y a pas de mouvements périodiques des jambes.

La polygraphie respiratoire ne révèle que quelques apnées mixtes pendant une certaine période de décubitus dorsal, qui ne dénaturent pas le tracé. Elles sont au nombre de 9 au total.

En conclusion, j'ai proposé au patient d'avoir bien entendu les conseils de notre collègue nutritionniste, mais de voir surtout le Dr J._____ pour un bilan précis de la cavité buccale et de savoir s'il ne serait pas possible d'envisager éventuellement une prothèse d'avancement.

Je ne suis pas enclin à lui donner un somnifère, car on va bien entendu encore augmenter les apnées. Pour essayer d'approfondir le sommeil, on pourrait tout au plus proposer du Trittico 50 mg une heure avant de se coucher et du Somnium au coucher.

Je ne donnerai jamais le Remeron qui provoque une prise de poids.

Dans un rapport du 16 novembre 2011, le Dr J._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale, a posé les diagnostics d'hypoacousie mixte à prépondérance perceptionnelle dans les fréquences aiguës, avec acouphènes au niveau des deux oreilles, ronchopathie chronique avec perturbation de l'architecture du sommeil et fatigabilité journalière ainsi que de masse verruqueuse sur la fausse corde laryngée à droite. La conclusion était libellée en ces termes :

En ce qui concerne la ronchopathie chronique, j'ai parlé au patient d'une possibilité d'orthèse d'avancement mandibulaire mais avant tout d'une cure d'amaigrissement qui est déjà entreprise. Je n'ai aucune autre proposition à ce sujet.

Pour son problème otologique, à mon avis, sa surdité et les acouphènes sont définitifs (le patient a été déjà examiné à plusieurs reprises pour ce problème par mon collègue le Dr G._____).

Quant à la découverte au niveau de la fausse corde, j'adresse le patient à mon collègue le Dr X._____ pour une MLS [morpholiposculpture, réd.] et excision étant donné que nous ne sommes pas équipés pour ce genre d'intervention.

Le 29 juin 2012, le Dr G._____ a répondu en ces termes aux questions posées par le Dr L._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie du cou et du visage, médecin-conseil rattaché au département de médecine du travail de la CNA :

[A quelle date a-t-il [il s'agit du Dr G._____, réd.] soumis l'assuré pour la première fois à un examen ORL ?]

Le 24 février 2010.

[D'autres consultations ont-elles suivi ?]

Oui, le 10 mars, le 26 mai et le 10 novembre 2010.

[Anamnèse et suivi]

Ce patient a présenté une commotion cérébrale sur accident de voiture le 7 novembre 2009. Il souffre depuis lors d'acouphène dans les deux oreilles ainsi que d'une perte auditive dans les hautes fréquences. Le patient s'est également plaint d'une difficulté de compréhension dans la parole dans une atmosphère bruyante. Au dernier contrôle du 10 novembre, le patient avait toujours les mêmes plaintes. Il s'est adressé ensuite à mon collègue le Dr J._____ pour suite du traitement.

[Bilans (prière de joindre une copie de tous les audiogrammes)]

Copie de tous les audiogrammes. Copie du certificat du 11 mars 2010.

[Le lien de causalité entre le trouble de l'audition et l'accident de la circulation du 7 novembre 2009 est-il vérifié ou fortement probable ?]

Sur la base de l'anamnèse et le patient indiquant une relation de cause à effet, on peut conclure à une relation de causalité.

[Quelles sont les mesures prévues ?]

Le patient n'est plus suivi à ma consultation et je n'ai pas d'élément de catamnèse.

Le 25 juillet 2012, le Dr L._____ a procédé à une appréciation médicale du cas. Analysant le rapport du Dr G._____ du 29 juin 2012, il a observé que ce dernier avait examiné l'assuré pour la première fois trois mois après l'accident du 7 novembre 2009 et que par la suite un audiogramme à sons purs avait été effectué lors de quatre consultations. En outre, le rapport dressé à la suite des premiers soins prodigués à l'Hôpital R._____ (rapport du 10 décembre 2009) ne mentionnait à aucun moment que l'assuré avait souffert d'un traumatisme cranio-cérébral ou d'une blessure de la tête. L'assuré se plaignait uniquement de douleurs de la nuque le jour de l'accident. Il n'évoquait ni

maux de tête, ni vertiges, ni nausées, ni troubles auditifs ou visuels. La perte auditive diagnostiquée pour la première fois en 2010 montrait une évolution nettement symétrique de l'ouïe au niveau des deux oreilles avec un abaissement à la fois léger et circonscrit pour les sons de fréquence de 4'000 Hz. Le Dr G._____ affirmait qu'un lien de causalité était possible entre cette atteinte particulière et l'accident, si l'on se fondait sur l'anamnèse. Selon le Dr L._____, cette argumentation n'était pas recevable dans la mesure où elle ne se fondait que sur le principe « post hoc ergo propter hoc » Or des motifs de nature médicale parlaient en défaveur de ce rapport de causalité. Il n'y avait par ailleurs aucun indice suggérant un traumatisme crânien. Quant au tableau clinique, il correspondait à une atteinte auditive cochléaire légère. Aux yeux du Dr L._____, il était dès lors très improbable que le mécanisme accidentel décrit fût à l'origine d'une lésion cochléaire ayant exactement la même importance des deux côtés. Partant, le trouble auditif diagnostiqué ne devait pas être reconnu comme une suite de l'accident de la circulation du 7 novembre 2009.

Sur le plan ophtalmologique, le Dr Z._____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie et médecin-conseil auprès de la CNA, a fait part de ses observations dans un rapport du 24 août 2012. Il y relevait que le rapport du Prof. V._____ (du 15 décembre 2011) mentionnait des troubles de l'accommodation persistants en dépit du port de nouveaux verres progressifs. Néanmoins, des difficultés importantes existaient déjà avant l'accident du 7 novembre 2009 et les troubles oculaires actuels de l'assuré n'étaient apparus que trois mois après l'accident. S'ils avaient été consécutifs à cet événement accidentel, ils se seraient manifestés immédiatement après sa survenue. De ce fait, le Dr Z._____ considérait que, au regard de la vraisemblance prépondérante, les troubles oculaires susmentionnés n'avaient pas de lien de causalité avec l'accident du 7 novembre 2009. En revanche, ils étaient probablement en lien avec le strabisme constaté dans la petite enfance et opéré environ dix-sept ans auparavant.

Invité à se déterminer sur le cas de l'assuré à la lumière du dossier constitué, le Dr W._____, spécialiste en neurologie et médecin-conseil de la CNA, a retenu ce qui suit dans son rapport du 4 juillet 2013 sous l'intitulé « Appréciation » :

Si l'on se fonde sur le procès-verbal établi par la Police cantonale vaudoise du 13.01.2010, l'assuré avait été victime d'un accident de la circulation le 07.11.2009 alors qu'il circulait à l'intérieur d'une localité au volant de sa voiture, sa ceinture de sécurité étant attachée. La conductrice du véhicule arrivant en sens inverse en avait perdu le contrôle en raison d'une chaussée rendue glissante par la pluie, ce qui avait occasionné une collision fronto-latérale. L'auto de l'assuré avait percuté la partie latérale du véhicule venant en sens inverse. A l'arrivée de la police, Monsieur P._____ avait été en mesure de répondre à l'ensemble des questions inhérentes au procès-verbal d'accident. Au chapitre des doléances, ce document de la police évoquait des « douleurs du dos » sur les lieux de l'accident. Il avait été conseillé à l'assuré, qui se trouvait par ailleurs dans un état jugé bon, de consulter un médecin de garde. Sur les lieux de l'accident, il n'y avait pas d'indices évocateurs d'un comportement psychique anormal de l'assuré, ni d'une perte de connaissance, ni d'autres doléances concernant la région de la tête. L'assuré avait consulté de sa propre initiative les Urgences de l'Hôpital R._____ 2 jours plus tard ; un CT-scan du rachis cervical effectué le 09.11.2009 ne mettait en évidence aucune fracture à ce niveau, alors qu'un scanner cranio-cérébral du 10.11.2009 permettait d'exclure des suites de blessures intracrâniennes. Le diagnostic d'une entorse du rachis cervical de degré de gravité « QTF II » était posé selon les critères établis par la Quebec Task Force. A l'époque de la prise en charge en urgence à l'Hôpital R._____, deux jours après l'accident, il était indiqué expressément que l'assuré n'avait aucuns troubles visuels ou auditifs, ni de maux de tête en particulier. Un traitement chiropratique était instauré chez le Dr N._____ en raison de douleurs à la nuque ; ce chiropracteur certifiait à l'assuré une incapacité de travail de 50% dès le 23.11.2009, puis une aptitude au travail de 100% à partir du 21.12.2009 dans l'exercice de son métier habituel d'informaticien employé chez Y._____ SA dans le domaine de la sécurité informatique.

Le Dr L._____, spécialiste ORL de la Division Médecine du travail de Suva Lucerne, se penchait sur la question des troubles auditifs que l'assuré avait fait valoir dans un deuxième temps. Il rappelait que l'on ne pouvait supposer qu'une surdité cochléaire légère parfaitement symétrique soit consécutive à l'entorse du rachis cervical mentionnée plus haut dans la mesure où l'assuré n'avait pas souffert d'un traumatisme cranio-cérébral ; de ce fait, le Dr L._____ conseillait de ne pas reconnaître de lien de causalité. Le Dr Z._____, spécialiste en ophtalmologie et ophtalmochirurgie, s'est chargé d'analyser la problématique des troubles visuels, et en particulier, des troubles de l'accommodation que l'assuré avait également fait valoir plus tard. Le Dr D._____, ophtalmologue, estimait possible que ces troubles aient fait suite à l'événement accidentel. Pour sa part, le Dr Z._____ expliquait le 24.08.2012

que les problèmes oculaires rapportés par l'assuré n'étaient devenus manifestes pour la première fois d'un point de vue clinique que trois mois après l'événement accidentel du 07.11.2009. Par conséquent, les troubles précités n'avaient pas de rapport de causalité avec l'accident avec un degré de vraisemblance prépondérante. Le Dr Z._____ précisait au contraire que les problèmes oculaires de l'assuré avaient probablement un lien avec son strabisme de la petite enfance, qui avait déjà été opéré 17 ans plus tôt ; il en résultait un léger strabisme convergent comme état résiduel.

La musculature joue un rôle primordial dans le tableau clinique initial d'une entorse du rachis cervical entraînant des elongations musculaires. C'est la raison pour laquelle des symptômes musculo-squelettiques font normalement partie des critères établis par la Quebec Task Force, qui sont reconnus par tous et qui permettent de déterminer le degré de gravité d'une entorse du rachis cervical. Dans le cas de l'assuré, les troubles musculo-squelettiques mis en évidence lors des examens contemporains de l'accident ainsi que l'évolution documentée de ces troubles sont compatibles avec une entorse du rachis cervical de degré II selon la classification de la QTF. Ce degré de gravité correspond à une entorse légère du rachis cervical sans déficits neurologiques et sans fractures. De telles elongations musculaires ne peuvent entraîner qu'une symptomatologie passagère, si l'on se fonde sur des connaissances pathophysiologiques indubitables. Typiquement, le pronostic d'une entorse légère du rachis cervical est favorable ; les troubles, caractérisés surtout par des douleurs et des limitations de l'amplitude des mouvements du rachis cervical, guérissent complètement en quelques jours, voire quelques semaines, mais au maximum dans un intervalle de 3 mois. Dans le cas de l'assuré, tant les examens médicaux spécialisés que les investigations menées à l'aide d'appareils n'ont révélé aucuns indices suggestifs d'un traumatisme important du rachis cervical. Il n'y avait pas de lésion traumatique cérébrale à l'examen clinique, l'IRM cranio-cérébrale effectuée à l'aide d'un appareil 3 Tesla (avec des séquences sensibles à l'hémossidérine également), qui représente la méthode la plus sensible dont on dispose à l'heure actuelle, ne montrait, elle aussi, aucunes modifications pathologiques.

Le Dr H._____, spécialiste en neurologie à M._____, parvenait à la conclusion suivante dans son rapport du 22.01.2010 : l'assuré présentait un « syndrome post-traumatique subjectif sans contusion cérébrale ». L'inquiétude considérable de Monsieur P._____ relative à ses performances cognitives se trouvait au premier plan de ses doléances, bien que ces performances se soient améliorées suite à la prise de Symfona. Par ailleurs, l'assuré n'avait souffert d'aucun traumatisme cérébral. Le neurologue estimait qu'il n'était pas nécessaire d'instaurer un autre traitement spécifique. Les problèmes de nature cognitive avant tout que faisait valoir l'assuré, tels qu'une fatigabilité accrue, des difficultés de concentration et de la distraction, ont occupé continuellement la première place dans les documents constitutifs de son dossier médical, de ce fait, d'autres examens ont été effectués, comme chez le Prof. V._____, neurologue, les 22.04.2011 et 24.10.2011. A cette occasion, l'assuré bénéficiait d'un bilan neuropsychologique de la part du Prof. F._____ ; les résultats de ce bilan mettaient en évidence des

fonctions neurocognitives totalement normales. En outre, les troubles du sommeil de l'assuré étaient investigués par une polysomnographie organisée par le Prof. V._____. Cet examen ne montrait, lui aussi, aucuns résultats déterminants. Dans l'intervalle, l'assuré pesait 112 kg et l'on mettait en évidence de légères phases d'apnée durant jusqu'à 10 secondes ; le Prof. V._____ conseillait donc à l'assuré de ne pas prendre de somnifères, mais de recourir à un anti-dépresseur tel que le Trittico.

Les résultats des très nombreux examens paracliniques réalisés sont normaux. En particulier, l'IRM cranio-cérébrale, qui ne présente pas la moindre particularité et correspond à l'âge de l'assuré, permet d'exclure définitivement une lésion cérébrale de nature traumatique. D'autre part, un angio-scanner, qui met en évidence par contraste les vaisseaux cérébraux, exclut la présence d'une dissection de ces mêmes vaisseaux comme suite d'accident. Enfin, le bilan neuropsychologique est normal. En dépit de ces résultats réjouissants, un état de nette inquiétude s'est manifesté chez l'assuré ; il a développé une dynamique propre associée à une péjoration clinique qui n'a pas de lien de causalité avec l'accident, en raison déjà de la dynamique que nous venons d'évoquer. La conséquence clinique d'une « spirale de crainte » est apparue avec une anticipation négative du déroulement de l'accident ; elle présente les traits indubitables d'une atteinte psychiatrique évocatrice d'une composante hypocondriaque anxio-dépressive et devrait bénéficier à la rigueur d'investigations et également d'une prise en charge de nature psychiatrique, si nécessaire, sans que ces mesures ne soient toutefois à la charge de l'assurance-accidents.

En règle générale, l'évolution post-traumatique typique débouche sur une amélioration des troubles plus ou moins rapide, avec des troubles résiduels possibles. Après que l'on ait exclu des complications s'expliquant médicalement, comme dans le cas présent, une aggravation importante des fonctions psychomotionnelles ne peut être attribuée à une simple entorse du rachis cervical. L'assuré n'a jamais souffert d'une lésion cérébrale traumatique.

Conclusions

- Les atteintes neurocognitives que fait valoir l'assuré après une entorse du rachis cervical de degré de gravité QTF II selon les critères de la Quebec Task Force n'ont pas de rapport de causalité avec l'événement accidentel du 07.11.2009.
- Il n'y a jamais eu de lésion cérébrale de nature traumatique.
- L'accident n'a pas donné lieu à une atteinte à l'intégrité susceptible d'être dédommagée.
- L'on ne peut démontrer de diminution de la capacité de travail de l'assuré faisant suite à l'accident.

Par décision du 24 juillet 2013, la CNA a refusé la prise en charge des troubles oculaires et auditifs annoncés par l'assuré au motif qu'il n'existait aucun lien de causalité certain ou pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre ces derniers et l'accident du 7 novembre 2009.

Agissant par l'intermédiaire de son conseil, Me Philippe Nordmann, l'assuré s'est opposé à cette décision par acte du 10 septembre 2013. Il a souligné en premier lieu que l'accident dont il avait été victime le 7 novembre 2009 ne saurait être considéré comme de peu d'importance et que les troubles l'affectant n'étaient apparus qu'après celui-ci. Il s'en est ensuite pris à l'appréciation neurologique du 4 juillet 2013, tant du point de vue formel (absence de convocation à un examen clinique et citations biaisées de littérature médicale) que matériel. Il a notamment relevé qu'elle ne faisait nulle mention des effets psychiques des troubles annoncés ni ne se prononçait sur la fatigabilité évoquée par le Prof. F._____. Il estimait au surplus que la violence du choc subi était de nature à entraîner une anxiété significative, au demeurant mise en évidence par le score obtenu au test HAD réalisé par le médecin prénommé.

Statuant par décision du 16 décembre 2013, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré et confirmé sa décision initiale. Elle a considéré que les arguments développés n'apportaient aucun élément médical déterminant de nature à remettre en cause les conclusions des Drs L._____, Z._____ et W._____ et qu'il convenait au demeurant de conférer entière valeur probante à leurs rapports respectifs. Dans ces conditions, c'était donc à juste titre que la CNA avait refusé le service de ses prestations pour les troubles oculaires et auditifs affectant l'assuré.

B. Par acte du 28 janvier 2014, P._____ a déféré cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant avec suite de frais et dépens à son annulation. Il faisait en substance valoir que la CNA n'avait pas correctement instruit le dossier en se bornant à quelques avis médicaux sur dossier et en faisant abstraction des preuves recueillies au cours de la procédure administrative. Il a produit un bordereau de pièces dans lequel figurait notamment un rapport de C._____, psychologue FSP, du 31 décembre 2013, mettant en évidence une perturbation psychologique induite par

l'accident du 7 novembre 2009 et l'affectant tant sur le plan professionnel que privé.

Dans sa réponse du 2 avril 2014, la CNA a précisé à titre liminaire que la décision querellée portait en réalité sur la prise en charge de l'ensemble des maux présentés par l'assuré (diminution auditive et troubles oculaires, de même que ses divers problèmes cognitifs auxquels s'ajoutent une fatigabilité accrue ainsi que des maux de tête). Se référant aux appréciations de ses médecins-conseils, elle soutenait que les troubles allégués n'étaient pas en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 7 novembre 2009. Au demeurant, leurs rapports revêtaient une entière valeur probante. Cela étant, elle faisait remarquer que les nombreuses plaintes émises par le recourant n'avaient pu être objectivées, ce qui conduisait à douter de l'existence des troubles y afférents. A titre subsidiaire, l'intimée considérait que l'accident du 7 novembre 2009 devait être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, ce qui excluait un lien de causalité entre celui-ci et les plaintes formulées. Partant, elle a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise.

En réplique du 28 août 2014, le recourant a reproché derechef à l'intimée de ne pas avoir instruit correctement les aspects médicaux au moyen de rapports circonstanciés. Il demandait dès lors la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, laquelle devrait comprendre un volet rhumatologique, ophtalmique, auditif ainsi que neuropsychologique. Il a produit un bordereau de pièces.

Dupliquant en date du 23 septembre 2014, l'intimée a répété que, sur la base des avis rendus par ses médecins-conseils, il n'y avait pas lieu d'admettre l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 7 novembre 2009 et les troubles allégués. L'examen neuropsychologique pratiqué par le Prof. F._____ n'avait pas permis de corroborer l'une ou l'autre des plaintes émises. Il en allait d'ailleurs de même de l'examen effectué par la Prof. Q._____. Dans ces conditions, la mise en œuvre

d'une expertise ne pouvait se justifier. Se référant pour le surplus à son mémoire de réponse, elle en a confirmé les conclusions.

Le 14 mars 2016, le recourant a expliqué qu'ensuite de la reprise d'un travail à temps complet auprès d'un nouvel employeur, il avait été victime d'un burn-out en octobre 2014 ayant entraîné un arrêt de travail. Il a produit diverses pièces médicales dont deux rapports du Dr K._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, datés des 17 juin 2015 et 6 mars 2016 ainsi que le compte-rendu du 13 mars 2015 d'un bilan intellectuel réalisé par S._____, psychologue FSP. Ces documents démontraient que son incapacité de travail était en relation de causalité avec l'accident dont il avait été victime.

S'exprimant une ultime fois par pli du 27 juin 2016, l'intimée a allégué que les éléments avancés par le recourant dans les certificats produits à l'appui de sa dernière écriture avaient déjà largement été discutés. Il a souligné une fois encore que les nombreuses plaintes du recourant n'avaient pu être objectivées, qu'il n'avait jamais souffert d'une lésion cérébrale traumatique et que tous les examens neurologiques et neurocognitifs effectués s'étaient révélés normaux.

Cette écriture a été transmise pour information au recourant, qui n'a pas procédé plus avant.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile - compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 let. c et

60 LPGA) – auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige a pour objet le point de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents, singulièrement la question de savoir si les troubles dont il se plaint sont en lien de causalité avec l'accident qu'il a subi le 7 novembre 2009.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). En vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Ce droit s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2 deuxième phrase). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'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, 402 consid. 4.3; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

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

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 10 ; 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4; 115 V

133 consid. 6 et 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 consid. 7 ss ; voir également ATF 117 V 359 consid. 6a).

Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (TFA U 96/00 du 12 octobre 2000 consid. 2b, in RAMA 2001 n° U 412 p. 79; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5; TF 8C_957/2008 du 1^{er} mai 2009 consid. 4.2, 8C_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 et 8C_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

4. a) Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; TF I 312/06 du 29 juin 2007 consid. 2.3 et les références citées). Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont

contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_190/2016 du 20 juin 2016 consid. 3).

b) C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

c) Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, 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).

d) Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du

médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

5. a) Par sa décision sur opposition du 16 décembre 2013, l'intimée a nié le droit à des prestations pour les troubles allégués par le recourant, motif pris de l'absence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre ces troubles et l'accident du 7 novembre 2009 dont elle aurait à répondre. Elle s'est fondée pour cela sur les appréciations des Drs L. _____ (rapport du 25 juillet 2012), Z. _____ (rapport du 24 août 2012) et W. _____ (rapport du 4 juillet 2013), selon lesquelles l'existence d'un lien de causalité devait être niée, principalement en raison du temps écoulé entre la date de l'accident et la survenance des troubles en cause.

b) A la suite de l'accident, le recourant s'est plaint de troubles visuels, de problèmes auditifs ainsi que de diverses symptomatologies appartenant au tableau clinique typique d'un traumatisme cranio-cérébral ou de type whiplash, telles que des difficultés de concentration, des troubles de la mémoire, des maux de tête ainsi qu'une fatigabilité accrue.

c) Cela étant, il n'y a pas lieu de mettre en cause le point de vue de l'intimée, selon lequel les troubles allégués par le recourant ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 7 novembre 2009.

aa) S'agissant des plaintes ophtalmiques, le Dr D. _____ a retenu que le recourant présentait depuis le mois de février 2010 une sécheresse oculaire, un probable trouble microcirculatoire rétinien ou occipital ainsi qu'un trouble accommodatif (rapport du 17 février 2010). Or le Dr Z. _____ a souligné que les problèmes oculaires rapportés par le recourant n'étaient pas apparus lors de l'accident du 7 novembre 2009, mais n'étaient devenus manifestes pour la première fois d'un point de vue clinique que près de trois mois après celui-ci. Il a également relevé que, alors qu'il était jeune enfant, le recourant présentait déjà un strabisme ayant nécessité quelques années plus tard une intervention chirurgicale et

en a déduit que les troubles visuels actuels découlaient dans une large mesure de ce strabisme. Le point de vue du Dr Z. _____ est convaincant et il n'y a pas de motif sérieux de le remettre en cause dans la présente procédure. Le recourant n'apporte d'ailleurs aucun élément concret permettant d'établir que les problèmes visuels qu'il présente actuellement seraient dus à l'événement accidentel du 7 novembre 2009.

bb) Sur le plan oto-rhino-laryngologique, le Dr G. _____ a indiqué avoir été consulté pour la première fois par le recourant en date du 24 février 2010 pour des acouphènes dans les deux oreilles ainsi qu'une perte auditive dans les hautes fréquences. Un laps de temps de près de trois mois s'était ainsi écoulé entre l'apparition de ces troubles et l'accident dont le recourant a été victime. Par ailleurs, analysant les pièces médicales mises à sa disposition, le Dr L. _____ a constaté que la perte auditive diagnostiquée pour la première fois en 2010 montrait une évolution nettement symétrique de l'ouïe au niveau des deux oreilles avec un abaissement à la fois léger et circonscrit pour les sons de fréquence de 4'000 Hz. Ce médecin était dès lors d'avis qu'il n'était guère vraisemblable que le déroulement de l'accident ait pu entraîner une surdité cochléaire - au demeurant légère - parfaitement symétrique. En l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation faite par le Dr L. _____, laquelle constitue une synthèse objective de la situation médicale, fondée sur les audiogrammes et les rapports médicaux versés au dossier. Les considérations émises par le recourant à l'appui de son recours ne mettent en évidence aucun élément concret susceptible de mettre sérieusement en doute les conclusions du Dr L. _____.

cc) Quant aux autres plaintes (appartenant au tableau clinique typique d'un traumatisme cranio-cérébral ou de type whiplash), il convient de constater que le recourant a subi un traumatisme du rachis cervical de degré II selon la classification de la Quebec Task Force ; le degré II correspond à une entorse légère sans déficits neurologiques et sans fractures. Tant les examens médicaux spécialisés que les investigations menées à l'aide d'appareils n'ont révélé aucun indice suggérant l'existence d'un traumatisme important du rachis cervical. Ainsi, les

radiographies pratiquées à l'Hôpital R._____ en date des 9 et 10 novembre 2009 n'ont pas mis en évidence de lésion traumatique à l'étage cérébro-cervical ni de dissection des vaisseaux cérébraux, qui seraient consécutives à un traumatisme. Selon la doctrine médicale, le pronostic d'une entorse légère est en règle générale plutôt favorable ; les troubles, caractérisés surtout par des douleurs et des limitations de l'amplitude des mouvements du rachis cervical guérissent complètement en quelques jours, voire quelques semaines, mais au maximum dans un intervalle de trois mois (cf. à ce sujet dans un sens analogue TFA U 429/04 du 12 août 2005 consid. 4.1 au sujet de cervicalgies bénignes). En ce qui concerne les différentes investigations neurologiques mises en œuvre, elles ont révélé que les fonctions neurocognitives étaient normales. Ainsi, le Dr H._____ a conclu son rapport du 22 janvier 2010 en indiquant que l'examen neurologique était normal de même que l'IRM cérébrale pratiquée par ses soins. De son côté, le Prof. V._____ a réalisé un examen neurologique complet qui s'est révélé parfaitement normal. L'examen Doppler paracérébral et transcrânien était excellent. Il n'a pas mis en évidence de pathologie menaçante ni de dissection carotidienne. La circulation intracérébrale était tout à fait bonne. Ayant encore procédé à un électroencéphalogramme, il a indiqué que l'activité de base alpha était tout à fait normale (rapport du 24 février 2011). Au vu des plaintes exprimées par l'intéressé, le Prof. V._____ a demandé au Prof. F._____ de réaliser un bilan neuropsychologique, lequel a montré que les fonctions cognitives testées (langage, praxies, gnosies, mémoire, fonctions exécutives et attention) étaient préservées (rapport du 1^{er} avril 2011). Telle a également été la conclusion de l'examen neuropsychologique pratiqué le 4 avril 2011 par la Prof. Q._____ qui a mis en évidence des performances se situant dans la norme voire dans la norme supérieure pour l'ensemble des fonctions cognitives investiguées (langage, calcul, praxies, gnosies visuelles, mémoire, fonctions exécutives). Il n'en demeure pas moins que ces mêmes praticiens ont constaté que le recourant présentait une symptomatologie anxieuse, que le Prof. F._____ a qualifié même de significative. Selon le Dr W._____, celle-ci s'expliquait par l'inquiétude manifestée par le recourant au sujet de ses difficultés cognitives, en dépit des résultats rassurants des examens

neuropsychologiques effectués. Cette inquiétude avait induit une péjoration clinique sous la forme d'une surcharge psychogène anxieuse sans lien avec l'accident. L'importante fatigue ressentie par le recourant s'inscrivait quant à elle dans ce que le Dr H._____ appelait un « syndrome post-traumatique subjectif ». Ainsi que l'a expliqué le psychologue C._____ dans son rapport du 31 décembre 2013, les symptômes de fatigabilité de même que les divers troubles qui s'y associaient (problèmes de concentration, de mémoire, processus de réflexion ralentis) n'étaient pas d'origine psychique et ne pouvaient être compris dans le cadre d'un développement d'un état de stress post-traumatique. A ses yeux, ils étaient bien plutôt imputables à une perturbation psychologique manifestée par le recourant à l'égard des conséquences qu'avait entraînées dans différents domaines de sa vie l'accident du 7 novembre 2009 : inquiétude quant à son avenir professionnel, tristesse de ne pouvoir espérer un emploi du niveau de ses compétences, deuil d'un avenir raisonnablement anticipé (carrière de cadre, achat d'une maison). Au vu de l'ensemble de ces éléments, il n'y a pas lieu de retenir de lien de causalité naturelle entre les plaintes alléguées par le recourant et l'accident du 7 novembre 2009.

d) Le dossier étant complet et exhaustif, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par le recourant sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (sur l'appréciation anticipée des preuves: ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3 ; TF 8C_139/2016 du 24 octobre 2016 consid. 4.2), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit.

e) On relèvera enfin que l'examen par la Cour de céans n'a concrètement pas à porter sur d'autres faits que ceux qui existaient au moment de la décision sur opposition du 16 décembre 2013. Il s'ensuit qu'il n'y a pas lieu d'examiner la portée des documents produits au cours de la procédure judiciaire (certificat du 13 mars 2015 de la psychologue

S._____ ; certificat du 17 juin 2015 du Dr K._____ ; rapport du 6 mars 2016 du Dr K._____), dans la mesure où ces documents se rapportent principalement à une décompensation psychique (burn-out) dont le recourant a été la victime en 2014 (cf. ATF 132 V 215 consid. 3.1.1. ; 131 V 242 consid. 1 ; 121 V 362 consid. 1b et les références ; TF 8C_568/2013 du 17 juin 2014 consid. 6).

6. Cela étant, même si l'on admettait que les plaintes susmentionnées étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident, il ne serait en tout état de cause pas possible d'admettre qu'elles sont en relation de causalité adéquate avec celui-ci.

a) Eu égard à la nature des symptômes présentés et à leur origine, ce sont les critères posés aux ATF 134 V 109 et 117 V 359 qui apparaissent déterminants pour l'appréciation de la causalité adéquate.

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne ou de traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence classe les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants, ou de peu de gravité; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves.

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle générale, être d'emblée niée. Dans le cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise.

b) Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur

les lésions subies (ATF 115 V 133 consid. 6 ; TFA U 214/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.3).

La jurisprudence a régulièrement qualifié des collisions frontales comme étant de gravité moyenne au maximum à la moitié de cette catégorie (TF 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 4.1 non publié de l'ATF 141 V 1 avec les références citées). Elle a considéré comme étant de gravité moyenne à la limite des accidents graves une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (TFA Z. du 7 juin 1999, U 88/98 ; cf. la jurisprudence genevoise ATAS/152/2006 du 16 février 2006). En revanche, une collision ordinaire avec un véhicule à l'arrêt est considérée en règle générale comme un accident de gravité moyenne, à la limite du cas bénin (TFA U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5, in RAMA 2005 n° U 549 p. 236 ; TF 8C_633/2007 du 7 mai 2008 consid. 6.2 in fine et 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 6.1.1).

En l'espèce, au vu de son déroulement (collision frontale du véhicule du recourant sur le côté droit d'une voiture immobilisée sur la chaussée) et des blessures physiques qu'il a provoquées (douleurs dans le haut du dos), l'accident survenu le 7 novembre 2009 n'appartient ni à la catégorie des accidents insignifiants ou de peu de gravité, ni à celle des accidents graves, mais doit être considéré comme un accident de gravité moyenne. On ne saurait toutefois, d'un point de vue objectif, le ranger dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents graves.

c) En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- 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.

Tous ces critères 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, en présence d'un accident se situant 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 133 consid. 6c/bb, 403 consid. 5c/bb).

En l'espèce, les circonstances de l'accident dont le recourant a été la victime ne sont ni dramatiques, ni impressionnantes. Si le véhicule du recourant s'est retrouvé hors d'usage, il convient de mettre en évidence que l'accident s'est déroulé à une allure modérée (environ 50 km/h). L'intéressé n'a subi aucune blessure nécessitant des soins immédiats. Les troubles observés à la suite de l'accident n'ont pas été particulièrement graves, car le recourant a uniquement souffert de douleurs dans le haut du dos ; les examens d'imagerie réalisés après l'accident n'ont pas permis de déceler de lésions traumatiques à l'étage cérébro-cervical (CT cérébro-cervical du 9 novembre 2009 effectué à l'Hôpital R._____) ni de mettre en évidence une anomalie du cou et du polygone de Willis (angio-CT du cou et du polygone de Willis et CT-cérébral du 10 novembre 2009 pratiqué à l'Hôpital R.____). Le recourant n'a pas été hospitalisé et n'a pas subi l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible. Aucune erreur dans le traitement médical, ni difficultés en cours de guérison, ni complications importantes n'ont été

observées. Il ne ressort pas non plus du dossier que le recourant aurait été constamment et de manière significative entravé dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs. Enfin, le recourant a repris l'exercice de son activité professionnelle antérieure à plein temps dès le mois de janvier 2010, si bien que le critère de l'importance de l'incapacité de travail n'est pas réalisé (cf. appréciation du Dr W. _____ du 4 juillet 2013).

d) Il découle de ce qui précède qu'il n'existe pas non plus de lien de causalité adéquat entre l'accident du 7 novembre 2009 et les troubles présentés par le recourant. L'intimée était par conséquent fondée, par sa décision sur opposition du 16 décembre 2013, à refuser le service de ses prestations.

7. Le recours, mal fondé, doit ainsi être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par la CNA. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 décembre 2013 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.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Nordmann, avocat (pour P. _____),
- Me Didier Elsig, avocat (pour la 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 :