

VD_GERICHTE ZA15.026960 vom 8. Dezember 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-12-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA15.026960

FR: VD_GERICHTE ZA15.026960 du 8 décembre 2015

IT: VD_GERICHTE ZA15.026960 del 8 dicembre 2015

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 72/15 - 120/2015 ZA15.026960 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 8 décembre 2015 _____ Composition : Mme PASCHE, présidente
Mme Röthenbacher et M. Dépraz, juges Greffière : Mme Barman Ionta ***** Cause
pendante entre : H. _____, à [...], recourant, représenté par Me François Gillard, avocat
à Bex, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée. _____ Art. 6 al. 1 LAA; 11 OLAA 402

- 2 - E n f a i t : A. H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1977, a travaillé
en qualité de monteur d'échafaudages pour le compte de B. _____ SA dès le 1er mars
2007, et était assuré à ce titre auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas
d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non
professionnels. Le 15 mai 2007, vers 16h15, il a été victime d'un accident de la voie
publique alors qu'il circulait sur la commune d' [...]. Selon le rapport de gendarmerie établi
le 15 mai 2007, les circonstances de l'accident ont été décrites en ces termes : « MM.
H. _____ et M. _____ circulaient dans cet ordre, dans une file de véhicules, en
direction de [...], à une vitesse d'environ 70 km/h. Arrivé au droit de la route de [...], le
véhicule de tête s'arrêta afin de tourner à gauche et d'emprunter cette artère. M. H. _____
en fit de même. M. M. _____ qui suivait à une quinzaine de mètres, soit à une distance
insuffisante pour circul[er] en file ne put s'arrêter à temps. Dès lors, l'avant de son camion
heurta l'arrière de la Fiat Brava H. _____. Sous l'effet du choc, cette machine fut projetée
sur la voie de circulation empruntée par les usagers venant en sens inverse. » L'assuré a
déclaré qu'il était attaché et souffrait de douleurs au dos. En outre, sous la rubrique « état
physique », on pouvait lire « En ordre pour les deux conducteurs ». Aucun témoin n'a été
identifié. L'assuré a été transporté à l'Hôpital Q. _____ par ambulance et a quitté cet
établissement dans la soirée. Après avoir examiné l'assuré à l'Hôpital Q. _____, le Dr
D. _____ a complété la fiche de première consultation après un traumatisme
d'accélération crano-cervical. Il a notamment indiqué, sur la base des informations données
par l'assuré, que celui-ci, qui ne s'attendait pas à la collision, avait attaché sa ceinture et
installé son appuie-tête, n'avait pas eu de choc à la tête. Il n'avait pas eu de perte de
connaissance ni de mémoire. Il ressentait des douleurs à la nuque à gauche modérées, mais
pas de céphalées, ni de vertiges, nausées, vomissements ou autres

- 3 - symptômes. Le médecin a également mentionné des douleurs à la flexion, l'extension,
la rotation et l'inclinaison de la colonne cervicale, mais pas à la pression. Les réflexes
tendineux étaient normaux. Il n'y avait pas de lésion osseuse traumatique à la radiographie,
ni de luxation. Le diagnostic provisoire posé était une contracture musculaire paracervicale
gauche et paravertébrale. Le traitement a été antalgique, avec prise de Mydocalm pendant
trois jours. Une incapacité de travail à 100% dès le 14 mai 2007, probablement pour trois

jours, a été attestée (cf. rapport du 21 juin 2007). Sur la feuille-accident LAA, le Dr U._____, spécialiste en médecine interne générale, a mentionné une incapacité de travail totale dès le 15 mai 2007, avec reprise à plein temps le 28 mai suivant. L'employeur a fait savoir à la CNA, le 31 mai 2007, que l'assuré avait repris son activité à 100% le 29 mai précédant, mais se soumettait encore à des contrôles médicaux et de la physiothérapie. La CNA s'est adressée le 6 juillet 2007 à l'assuré afin de savoir si le traitement médical était terminé. Ce dernier a répondu par l'affirmative le 12 juillet suivant. B. Le 16 juillet 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI), faisant état de « douleurs de la nuque, chroniques », existant depuis sept-huit ans, aggravées depuis 2013. Il a précisé avoir œuvré pour le compte de B._____ SA jusqu'au 30 août 2010, puis dès le 1er septembre 2010 et jusqu'au 31 décembre 2013, comme manœuvre auprès de L._____ Sàrl. Le 16 octobre 2014, l'assuré, par son conseil, s'est adressé à la CNA pour lui faire savoir qu'il n'avait « jamais vraiment connu » de période sans douleur depuis l'accident du 14 mai 2007, « en particulier au niveau des cervicales ». Il alléguait présenter, selon une imagerie par résonance magnétique (IRM) passée au printemps [2014], de très graves séquelles

- 4 - en lien selon lui avec l'accident de 2007. Il sollicitait dès lors à nouveau le droit aux prestations. Par certificat médical LAA pour rechute du 9 novembre 2014 à la CNA, le Dr R._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assuré, a expliqué avoir donné les premiers soins le 5 mars 2014. Le patient indiquait présenter des douleurs à la nuque depuis son accident de la route de 2007. Le Dr R._____ faisait état d'un status neurologique normal et posait le diagnostic de « cervicalgies post-traumatiques/douleurs en lien avec AVP 2007 ? ». A la rubrique « incapacité de travail », le Dr R._____ a écrit « officiellement non, mais il s'est mis au chômage pour éviter de travailler en raison de douleurs ». Le 2 janvier 2015, l'assuré a fait savoir à la CNA qu'il était actuellement au chômage, mais que sa capacité actuelle de gain devait toutefois selon lui faire l'objet d'une évaluation. Le rapport d'IRM de la colonne vertébrale du Dr L._____, radiologue, daté du 27 février 2014 a été versé au dossier de la CNA le 14 janvier 2015. On peut notamment y lire ce qui suit : « Description : Présence d'une cervicarthrose modérée et étagée visible depuis C3 jusqu'à C7. Les disques sont en légère protrusion médiane et paramédiane bilatérale. Facetarthrose également étagée provoquant une diminution de l'environnement liquidien autour de la moelle ainsi qu'un très discret rétrécissement des diamètres des trous de conjugaisons depuis C4 jusqu'à C6. Il n'y a pas d'œdème osseux ni de fracture. La charnière cervico- occipitale est d'aspect normal. Au niveau dorsal, la moelle présente un signal physiologique. Il n'y a pas de hernie. Pas d'atteinte au niveau du squelette. Au niveau lombaire, présence d'une discopathie dégénérative étagée de L1 jusqu'à L5. Les disques sont en légère protrusion. Pas de conflit discoradiculaire. Discrète facetarthrose L4-L5 et L5-S1. Pas d'œdème osseux au niveau lombaire ni d'atteinte dans la musculature. Les parties molles paravertébrales sont d'aspect normal. La musculature est bien conservée.

- 5 - Conclusion : Cervicarthrose étagée de C3 à C7 avec protrusion discale de localisation médiane et paramédiane bilatérale. Discrète facetarthrose. Diminution modérée des diamètres des trous de conjugaison au niveau C3-C4, C4-C5 et dans une moindre mesure C5-C6. Diminution de l'environnement liquidien autour de la moelle épinière depuis C3 jusqu'à C6 expliquée par les troubles dégénératifs. Pas de myélopathie irritative au niveau cervical ou dorsal. Le cône médullaire est d'aspect normal. Au niveau lombaire, il existe

une discopathie dégénérative étagée de L1 jusqu'à L5 sans hernie. Pas d'œdème osseux. L'ensemble de la musculature paravertébrale est normal. Pas de masse cervicale ni d'atteinte au niveau des apex pulmonaires. » Dans le cadre d'un entretien du 14 janvier 2015 avec une collaboratrice de la CNA, l'assuré a déclaré avoir vu arriver le camion dans son rétroviseur central, avoir alors lâché les freins et essayé de déplacer sa voiture, mais n'avoir eu que le temps de tourner le volant. Avec la puissance du choc, son dos avait cassé le siège. Il avait ensuite perdu connaissance et était revenu à lui dans l'ambulance. Il avait été pris en charge à l'Hôpital Q._____, puis par le Dr U._____. Immédiatement à la suite de l'accident, il avait eu des douleurs aux cervicales et au bas du dos au niveau des lombaires. Quelques mois après la reprise de son activité en 2007, il avait commencé à avoir à nouveau des douleurs au niveau des cervicales et des lombaires, lesquelles avaient empiré jusqu'à devenir insupportables certains jours. Actuellement, il avait des douleurs en permanence. Dès 2007, il avait été suivi (sans régularité) par le Dr B._____, médecin praticien, qu'il allait consulter lorsque les douleurs étaient trop fortes. Ce médecin lui diagnostiquait principalement des contractures musculaires et lui avait prescrit des antidouleurs et des anti-inflammatoires, et parfois des séances de physiothérapie et d'ergothérapie (deux-trois séries au total). Le cas de l'assuré a été soumis au Dr T._____, médecin d'arrondissement de la CNA. Le 16 janvier 2015, ce médecin a estimé qu'en l'état du dossier, la causalité n'était pas donnée, l'accident datant de 2007 et les troubles actuels dégénératifs du rachis n'étant pas en relation

- 6 - avec l'événement du 14 mai 2007. Il fallait toutefois demander des renseignements à la Dresse P._____, spécialiste en anesthésiologie. Par certificat médical du 10 février 2015, la Dresse P._____ a attesté une incapacité de travail de trois mois dès cette date. Le 27 février suivant, la Dresse P._____ a indiqué à la CNA qu'elle avait vu l'assuré le 28 janvier 2015. Il souffrait de douleurs des épaules, de la nuque avec des irradiations dans la colonne thoracique, lombaire et les jambes, ainsi que de migraines s'accompagnant de vertiges et d'acouphènes. Elle posait le diagnostic de « Whiplash Syndrome », et relevait que les examens de laboratoire démontraient une diminution de la vitamine D3 à 11, ainsi que l'existence d'un état inflammatoire. Dans son rapport à la CNA du 28 février 2015, le Dr R._____ a posé le diagnostic de cervicalgies posttraumatiques, en précisant qu'un bilan était en cours auprès de la Dresse P._____ vu la persistance des douleurs. Le traitement consistait en la prise d'anti-inflammatoires (AINS), le patient voyant son médecin traitant une fois par mois. Le dossier de l'assuré a été soumis au Dr N._____, médecin d'arrondissement. Le 9 mars 2015, ce dernier a maintenu que les cervicalgies n'étaient pas en relation de causalité probable avec l'accident de 2007, estimant qu'en l'absence de lésion structurelle démontrable à la suite de l'accident, un statu quo sine était établi à une année de l'événement. Par décision du 20 mars 2015, la CNA a refusé d'intervenir, faute de lien de causalité certain ou vraisemblable entre l'atteinte à la santé consécutive à l'accident reconnu et les nouveaux troubles annoncés. L'assuré, par son conseil, s'est opposé à cette décision le 20 avril 2015. Il a notamment fait valoir que le médecin d'arrondissement de la CNA ne pouvait écarter l'avis de la Dresse P._____, spécialiste du

- 7 - coup du lapin, que son état était très grave, et que des investigations médicales étaient en cours. Le cas de l'assuré a alors à nouveau été soumis au Dr N._____, dont l'appréciation médicale du 15 mai 2015 a la teneur suivante : « Evolution suivant les pièces communiquées Le rapport de police du 29.05.2007 mentionne que le 14.07.2007, l'assuré était arrêté au volant de son véhicule pour laisser tourner un tracteur et il s'est fait emboutir

par un camion. La feuille d'accident signée par le Dr U. _____, médecine générale FMH à [...], mentionne un arrêt de travail à 100% à partir du 14.05.2007 et une reprise de travail à 100% à partir du 28.05.2007. Le traitement est terminé le 30.05.2007. Le rapport daté du 21.06.2007 et signé par le Dr D. _____, médecin assistant à l'Hôpital Q. _____, mentionne qu'il n'y a pas de lésion osseuse traumatique à la colonne cervicale. Il diagnostique une contracture musculaire para-cervicale G et para-vertébrale. Le rapport d'IRM de la colonne cervicale effectuée le 27.02.2014 à la Clinique [...], signé par le Dr L. _____, radiologue FMH, conclut à la présence d'une cervicarthrose étagée de C3 à C7 avec protrusion discale. Discrète facetarthrose. Diminution modérée des diamètres des trous de conjugaison au niveau C3-C4, C4-05 et dans une moindre mesure C5-C6. Pas de myélopathie irritative au niveau cervical ou dorsal. Au niveau lombaire, discopathie dégénérative étagée de L1 jusqu'à L5 sans hernie. Le rapport de la Dresse P. _____, spéc. FMH en anesthésie et traitement de la douleur à [...], daté du 27.02.2015, mentionne le diagnostic de Whiplash Syndrome. Les examens de laboratoire montrent une diminution de la vitamine D3. L'assuré a été vu le 28.01.2015 pour des douleurs aux épaules, à la nuque avec irradiations dans la colonne thoracique, lombaire et les jambes. Il souffre de vertiges et d'acouphènes. Il a un état inflammatoire. Appréciation On peut donc conclure que le 14.05.2007, l'assuré a fait probablement une entorse cervicale suite à un accident de la route. Il a bénéficié d'un arrêt de travail de 14 jours. En 2007, aucune lésion d'origine traumatique n'avait été démontrée au niveau de la colonne cervicale. Une IRM effectuée fin février 2014, c'est-à-dire plus de 7 ans après l'événement en cause, montre des troubles dégénératifs sous forme de discarthrose étagée de C3 à C7 et une discopathie dégénérative de L1 à L5. On peut donc conclure que, en l'absence de lésion structurelle démontrable suite à l'accident de 2007, le statu quo sine peut être établi une année après l'événement en cause.

»

- 8 - Par décision sur opposition du 27 mai 2015, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré, retenant en substance, sur la base du rapport du Dr N. _____, que le statu quo sine avait été retrouvé à une année de l'accident, et que la causalité adéquate devait quoi qu'il en soit être niée. C. Par acte du 29 juin 2015, H. _____, toujours représenté par l'avocat François Gillard, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation, à ce qu'il soit constaté qu'il a bien fait une rechute en lien direct avec l'accident de 2007, les prestations d'accident, notamment des indemnités journalières, lui étant allouées à tout le moins dès le 16 octobre 2014. Il fait pour l'essentiel valoir que son dossier est incomplet dans la mesure où les investigations médicales le concernant ne sont pas terminées, exposant qu'il vient de consulter un spécialiste à Berne. Il déplore en outre que l'intimée n'ait, à ses yeux, pas tenu compte du rapport de la Dresse P. _____, sans expliquer pourquoi l'avis de cette dernière - respectivement celui à intervenir du spécialiste bernois - a été écarté au profit de celui du médecin d'arrondissement, alors que ces avis sont nécessaires pour apprécier le lien de causalité entre l'accident de 2007 et les douleurs conduisant à son incapacité de travail actuelle. Dans ce contexte, il ajoute que la Dresse P. _____ et le spécialiste bernois sont allés plus loin que le médecin d'arrondissement dans leurs investigations, ce qui justifie de préférer leur appréciation à celle du médecin conseil de l'intimée, sauf à faire preuve d'arbitraire. Il déplore en outre que le médecin d'arrondissement n'ait pas donné d'explication « valable et/ou à tout le moins plausible » sur l'origine des douleurs et des troubles qu'il présente. Il estime que le lien de causalité entre son accident de la circulation et ses douleurs est « à tout le moins rendu vraisemblable », expliquant que « rien d'autre de

grave » ne lui est arrivé au cours de cette même période et estimant qu'une maladie ne peut pas expliquer ce qu'il vit, ce d'autant qu'il est jeune. Dans la mesure où il estime que les conclusions et constatations médicales sont contradictoires, il requiert la mise en œuvre d'une expertise. Il sollicite en outre la tenue d'une audience pour « faire valoir ses arguments par oral », la production de son

- 9 - dossier en mains de l'OAI, ainsi qu'en mains de la Dresse P._____. Avec son recours, il produit un rapport du 14 juin 2015 de la Dresse P._____, selon lequel il souffre d'un whiplash associated disorders (WAD), démontré par sa fatigue chronique, des vertiges, des migraines et des troubles cognitifs, cette médecin précisant que des lésions de la colonne cervicale traumatique ne sont pas nécessaires pour le diagnostic de whiplash et de WAD. Il produit enfin un rapport du 3 juin 2015 du Dr Z._____, spécialiste en anesthésiologie, qui, après examen de l'assuré le 15 mai 2015, pose les diagnostics de céphalées et cervicalgies chroniques et de douleurs lombo-vertébrales, faisant notamment état au status d'un « Schleudertrauma » intervenu le 5 [recte : 14] mai 2007. Le Dr Z._____ a proposé un consilium neurologique en raison de la composante migraineuse et évoqué une prise en charge psychosomatique. Dans sa réponse du 31 août 2015, la CNA conclut au rejet du recours. Le recourant a maintenu sa position dans sa réplique du 2 octobre 2015. Il explique que si tant d'années se sont écoulées entre l'accident et l'annonce de la rechute, cela tient à sa « psychose des médecins », alors qu'il présentait durant toutes ces années des douleurs persistantes, l'IRM de 2014 ayant permis de démontrer que « tout venait de sa nuque et du très fort coup du lapin » subi en 2007. Il estime que de faux diagnostics ont été posés, notamment quand il a été question de contractures musculaires involontaires. Il veut enfin pour preuve de la persistance de ses douleurs les séances de physiothérapie qu'il a suivies entre 2007 et 2014, lesdites séances résultant de son dossier médical « qu'il convient de faire produire ». Il produit avec son écriture, outre une nouvelle fois les rapports des Drs Z._____ et P._____ du 3 juin respectivement 14 juin 2015, un rapport du 7 juillet 2015 du Dr W._____, spécialiste en neurologie, faisant suite à un examen de l'assuré du même jour, à la teneur suivante : « Renseignements cliniques :

- 10 - Patient de 37 ans qui indique subir le 05.05.2007 un traumatisme cervical : assis dans son auto, à l'arrêt, il est tamponné à l'arrière par un camion dont le chauffeur se serait endormi. Il est conduit à l'Hôpital Q._____ d'où il peut rentrer le même jour. Pendant 4 semaines, il est à domicile en portant une collerette cervicale. C'est depuis lors, que graduellement, au fil des années, les cervicalgies vont augmenter, de situation médiane, s'étendant au crâne, aux MI, parfois aux MSG, se manifestant actuellement 2 jours sur 3 en moyenne. L'anamnèse ne permet pas d'identifier de composante migraineuse aux céphalées (pas de vomissement, pas de photo- ou phonophobie, de pulsatilité). Le patient bénéficie de multiples traitements d'AINS, d'antalgiques, de physiothérapie, d'infiltrations en 2014 sans succès. La situation allant en s'aggravant, il cesse toute activité professionnelle en décembre 2013 pour se perfectionner dans le domaine de la soudure dont il a un CFC. Médication actuelle : Tramadol et Pantozol, Flector Tissugel, traitement anesthésiologique (Dresse P._____). A l'examen clinique : Patient en BEG, droitier, à la TA de 114/83 et au pouls de 79 par minute régulier. Tête et cou : Les mouvements de la colonne cervicale sont libres, sensibles en fin de course dans toutes les directions sans syndrome radiculaire cervical irritatif ni signe de Lhermitte. La palpation de la musculature paracervicale et des trapèzes est aujourd'hui indolore. Pas de souffre carotidien. Nerfs crâniens : Visus non corrigé de 1,0 ddc. Champ visuel entier. Fond d'œil sans anomalie ddc. Pas de trouble oculomoteur et

dernières paires crâniennes en ordre. Aux 4 extrémités : Réflexes tendineux tous normalement vifs symétriquement. Réflexe cutané plantaire en flexion ddc. Pas de trouble de la sensibilité tactile ou algésique. Pallesthésie à l'articulation MTPI et aux malléoles externes de 6/8 ddc. Pas d'atrophie ni parésie tant proximale que distale aux 4 membres. Pas de spasticité ou de trouble de la coordination des MI. Romberg stable. Evaluation du cas : L'examen neurologique est normal tant sur le plan périphérique que central. Le rapport d'IRM de la colonne vertébrale du 27.02.2014 indique une cervicarthrose modérée de C3 à C7 et pas de compression radiculaire ou médullaire. A mon avis, il n'y a pas d'autre explication à la symptomatologie éprouvée par le patient. »

- 11 - La CNA s'est déterminée le 26 octobre 2015 et a maintenu sa position, relevant que le rapport du Dr W. _____ venait confirmer l'avis du médecin d'arrondissement dans la mesure où il attestait que la symptomatologie s'expliquait par des troubles dégénératifs. Le Dr G. _____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), ayant proposé le 14 septembre 2015, dans le dossier de l'assurance-invalidité, qu'un complément d'instruction soit ordonné sous la forme d'une expertise neurologique et psychiatrique (étant précisé que le SMR n'a pas eu connaissance du rapport du Dr W. _____), le conseil du recourant a sollicité le 27 octobre 2015 que cette mesure soit commune à la présente cause. Invitée à se déterminer à cet égard, la CNA a indiqué le 12 novembre 2015 qu'en assurance-invalidité, une expertise était nécessaire afin de déterminer la surmontabilité éventuelle de l'atteinte à la santé au vu de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281). Le débat était toutefois différent dans la procédure LAA, dans la mesure où la CNA conteste le lien de causalité adéquate et naturelle avec l'accident du 14 mai 2007. Dès lors que les troubles ne peuvent être rattachés à l'accident, le droit aux prestations peut d'emblée être nié, sans procéder à l'examen de la surmontabilité de ceux-ci. D. Le dossier de l'assurance-invalidité du recourant a été versé au dossier de la présente cause. Il y figure notamment l'avis médical précité du Dr G. _____, lequel a constaté que l'examen du Dr Z. _____ n'avait mis en évidence aucune atteinte objectivable, le seul signe clinique étant une palpation douloureuse de la région cervicale et lombaire, estimant qu'il s'agissait essentiellement d'un état douloureux chronique, mais proposant toutefois qu'une expertise neurologique et psychiatrique soit mise en œuvre pour préciser le diagnostic neurologique et déterminer s'il existe une dépression et/ou un syndrome post-traumatique, et apprécier si cet état

- 12 - douloureux chronique doit être considéré comme une atteinte invalidante selon les (nouveaux) critères du Tribunal fédéral. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent, est donc recevable. b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales

du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

- 13 - des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte sur le droit du recourant à bénéficier des prestations de l'intimée (indemnités journalières notamment) pour la rechute de l'accident du 14 mai 2007, annoncée le 16 octobre 2014. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. aa) Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel et non professionnel, le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'évènement 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 évènement 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'évènement 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'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références ;

- 14 - Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, vol. XIV, 2e éd., n. 79 p. 865). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet évènement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées, et 8C_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2). bb) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait

considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1). cc) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étendant, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré, les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes

- 15 - ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202]) ; ainsi, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières. Selon la jurisprudence, il y a rechute ou séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé est guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les arrêts cités ; TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.3). Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3 ; RAMA 1997 n. U 275 p. 191 consid. 1c). b) Pour déterminer si et dans quelle mesure une personne est incapable de travailler (cf. consid. 3a supra), l'administration - en cas de recours, le tribunal - a besoin de documents que le médecin, 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

- 16 - 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 132 V 93 consid. 4 et les références ; TF 9C_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve qu'elle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). A cet égard, l'élément décisif pour

apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, il convient par ailleurs de prendre en

- 17 - considération la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc ; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008, 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43 ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010 consid. 2.2, 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4, 8C_14/2009 du 8 avril 2009 consid. 3). Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGa), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (« appréciation anticipée des preuves » ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, 119 V 335 consid. 3c et la référence). 4. En l'espèce, par sa décision du 27 mai 2015, se fondant particulièrement sur l'appréciation médicale du 15 mai 2015 du Dr N._____, la CNA a refusé les prestations d'assurance pour la rechute annoncée le 16 octobre 2014, niant tout rapport de causalité entre l'accident du 14 mai 2007 et les nouveaux troubles apparus. A contrario, le recourant fait état d'une instruction médicale lacunaire et incomplète,

- 18 - de la non-stabilisation de son cas, soutenant de surcroît que le lien de causalité entre son accident de 2007 et ses douleurs actuelles est quoi qu'il en soit rendu vraisemblable. Pro memoria, le 14 mai 2007, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation. De l'avis du Dr N._____ (cf. appréciation médicale du 15 mai 2015), il a probablement subi, à cette occasion, une entorse cervicale. Le Dr D._____, premier médecin à examiner l'assuré, a pour sa part posé le diagnostic de contracture musculaire paracervicale gauche et parvertébrale (cf. rapport du 21 juin 2007). La Dresse P._____ a quant à elle posé les

diagnostics de « whiplash Syndrome » (cf. rapport du 27 février 2015), respectivement de « whiplash associated disorders » (WAD ; cf. rapport du 14 juin 2015). Au demeurant, il est douteux que le recourant ait présenté le tableau clinique caractéristique d'un accident de type « coup du lapin » à la suite de l'événement du 14 mai 2007 : aux termes de la fiche de première consultation après un traumatisme d'accélération crano-cervical complétée par le Dr D. _____ au jour de l'accident, l'assuré n'a pas eu de perte de connaissance ni de mémoire. S'il a certes déclaré à la collaboratrice de la CNA, le 14 janvier 2015, avoir perdu connaissance à la suite du choc, cette déclaration s'avère toutefois en contradiction avec celle résultant immédiatement après l'accident au Dr D. _____ ; en pareilles circonstances, il convient de retenir la première explication, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et les références ; RAMA 2004 n. U 515 p. 420 consid. 1.2 ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d). Au vu de la jurisprudence qui précède, il y a lieu de retenir, in casu, l'absence de perte de connaissance. En outre, l'assuré a certes ressenti des douleurs modérées à la nuque à gauche, mais pas de céphalées, ni de vertiges, de nausées, de vomissements ou d'autres symptômes. Il présentait des douleurs en flexion, extension, rotation et inclinaison de la colonne cervicale, mais pas à la pression.

- 19 - Quoi qu'il en soit, même à admettre que le recourant ait subi une lésion du rachis cervical par accident de type « coup du lapin » lors de l'accident du 14 mai 2007, cela ne signifie toutefois pas, contrairement à ce qu'il soutient, qu'un tel traumatisme explique encore les symptômes allégués à l'appui de l'annonce de rechute d'octobre 2014. a) Sur le plan neurologique, le Dr D. _____ a constaté que les réflexes tendineux étaient normaux (cf. rapport du 21 juin 2007). Le Dr R. _____ a également mentionné un status neurologique normal (cf. rapport du 9 novembre 2014). Dans le cadre de la présente procédure, le recourant a produit un avis du Dr W. _____, daté du 7 juillet 2015, lequel constatait également que l'examen neurologique était normal tant sur le plan périphérique que central. Ce médecin a observé que les mouvements de la colonne cervicale étaient libres, sensibles en fin de course, sans syndrome radiculaire cervical irritatif, avec une palpation indolore de la musculature paracervicale et des trapèzes. Les réflexes tendineux étaient tous normalement vifs symétriquement, sans trouble de la sensibilité tactile ou algésique. Partant, la Cour retient que le recourant ne présente pas de lésions au plan neurologique imputables à l'accident. b) Au plan somatique, le Dr D. _____ a constaté qu'il n'y avait pas de lésion osseuse traumatique à la radiographie ni de luxation, ne prescrivant dès lors qu'un traitement antalgique (cf. rapport du 21 juin 2007). Le recourant a au demeurant pu reprendre son activité professionnelle à plein temps le 28 mai 2007 (cf. feuille-accident signée par le Dr U. _____), ce qu'ont confirmé l'employeur puis l'intéressé, ce dernier ayant répondu à la CNA le 12 juillet 2007 que le traitement médical était terminé. Dans le cadre de l'instruction de la rechute, le Dr R. _____ a fait état de cervicalgies post-traumatiques, respectivement de douleurs, en apposant toutefois un point d'interrogation quant à la question de savoir si celles-ci étaient imputables à l'accident de circulation de 2007 (cf. rapport du 9 novembre 2014). Or le rapport d'IRM du 27 février 2014 ne

- 20 - fait état d'aucune atteinte de nature post-traumatique, mais exclusivement dégénérative ; en effet, le Dr L. _____ constate la présence de cervicarthrose étagée de C3 à C7 avec protrusion discale de localisation médiane et paramédiane bilatérale, estimant

que la diminution de l'environnement liquidien autour de la moelle épinière depuis C3 jusqu'à C5 s'explique par les troubles dégénératifs. Il n'y a pas d'œdème osseux ni de fracture au niveau cervical, ni d'œdème osseux ou d'atteinte dans la musculature au niveau lombaire. Du reste, le Dr W. _____ a également relevé, en se référant au rapport d'IRM de la colonne vertébrale précité, que celui-ci indiquait une cervicarthrose modérée de C3 à C7 et pas de compression radiculaire ou médullaire ; pour le Dr W. _____, il n'y avait pas d'autre explication à la symptomatologie éprouvée par le patient (cf. rapport du 7 juillet 2015). Le Dr N. _____ a également constaté que l'IRM de fin février 2014 montrait des troubles dégénératifs sous forme de discarthrose étagée de C3 à C7 ainsi que de discopathie dégénérative de L1 à L5. Il a en outre observé qu'en 2007, aucune lésion d'origine traumatique n'avait été démontrée au niveau de la colonne vertébrale (cf. appréciation du 15 mai 2015). Dans le cadre de la procédure de l'assurance-invalidité, le Dr G. _____ du SMR a constaté que l'examen du Dr Z. _____ n'avait mis en évidence aucune atteinte objectivable, le seul signe clinique étant une palpation douloureuse de la région cervicale et lombaire (cf. avis du 14 septembre 2015). Le Dr Z. _____ évoque au demeurant plusieurs hypothèses, savoir une éventuelle dépression moyenne, des facteurs psycho-sociaux et des migraines, estimant que le lien entre « eine facettogene Schmerzproblematik » et le « Schleudertrauma » est « denkbar », soit « plausible », ce qui, au regard de l'ensemble des circonstances et du temps écoulé depuis l'accident, conduit à exclure, au stade de la vraisemblance prépondérante, le lien de causalité. Aucun élément au dossier ne permet de parvenir à une autre conclusion : le recourant ne présente aucune séquelle organique consécutive à l'accident du 14 mai 2007. La Dresse P. _____ fait certes état de douleurs, rapportant les plaintes de son patient (cf. rapport du 27

- 21 - février 2015), sans cependant mettre en avant de lésion posttraumatique, mais faisant uniquement état d'examens montrant une baisse de la vitamine D3 et un état inflammatoire. Elle admet du reste implicitement l'absence de lésions organiques dans la mesure où elle relève que « les lésions de la colonne cervicale traumatique ne sont pas nécessaires pour le diagnostic de Whiplash et de WAD ». Elle se contente au demeurant de poser lesdits diagnostics en se référant à la doctrine médicale, mais sans expliquer pour quelles raisons elle estime que les plaintes de l'assuré seraient encore (respectivement à nouveau) imputables à l'événement du 14 mai 2007, et sans décrire de lésions organiques objectivables en lien avec cet événement. Le recourant ne peut dès lors être suivi lorsqu'il soutient que l'avis de cette dernière devrait l'emporter sur celui des autres médecins, en particulier du Dr N. _____, pas plus qu'il ne peut être suivi lorsqu'il affirme que la CNA n'a pas exposé les raisons la conduisant à se fonder sur le rapport du médecin d'arrondissement précité. Au demeurant, la CNA a bien pris en compte et examiné les avis de la Dresse P. _____, au même titre que le Dr N. _____, lequel a résumé le rapport de ce médecin dans son appréciation médicale du 15 mai 2015. Il importe dès lors peu que le recourant ait une « psychose des médecins » qui expliquerait selon lui les années écoulées entre l'accident de 2007 et l'annonce de la rechute de 2014. Il est également sans incidence sur la présente affaire qu'un diagnostic « erroné » selon lui, de contractures musculaires involontaires, ait été posé initialement. Quant à l'argumentation du recourant selon laquelle « rien d'autre de grave » ne lui serait arrivé à la suite de l'accident du 14 mai 2007, estimant que ses lésions ne peuvent être imputables à une maladie, ce d'autant qu'il est jeune, et considérant dès lors qu'elles ne peuvent qu'être en lien avec l'événement de mai 2007, elle repose sur un raisonnement de type « post hoc, ergo propter hoc ». Or il est constant que le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la

survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 sv., consid. 3b).

- 22 - Le recourant reproche en outre au Dr N. _____ de ne pas s'être prononcé sur l'origine de ses douleurs et de ses troubles. Or le médecin d'arrondissement n'est pas dans une relation thérapeutique avec lui, mais doit se prononcer sur le point de savoir si des atteintes sont, ou non, en relation de causalité avec un événement accidentel. C'est ce qu'a fait le médecin précité, en expliquant que dans le cas du recourant, en considérant qu'il avait subi le 14 mai 2015 une entorse cervicale, et en l'absence de lésion organique, un statu quo sine pouvait être établi une année après l'événement en cause. Le Dr N. _____ a par ailleurs exposé que les troubles ressortant de l'IRM de février 2014 étaient d'ordre dégénératif. En assurance-accidents, le droit à des prestations suppose en premier lieu un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé (cf. consid. 3a/aa supra). Il ne suffit dès lors pas, comme le soutient le recourant, de se fonder sur l'avis des médecins qui seraient allés « le plus loin » dans leurs investigations, mais bien d'établir si l'atteinte à la santé et l'événement dommageable de caractère accidentel sont en lien de causalité. Les troubles non objectivables dont se plaint le recourant, savoir les douleurs à la nuque et à l'épaule, ainsi que des migraines, vertiges, acouphènes, fatigue et troubles cognitifs (cf. rapports de la Dresse P. _____ des 27 février et 14 juin 2015) sont au demeurant survenus plus de sept ans après l'accident, alors que l'assuré a été en mesure de reprendre son activité professionnelle deux semaines après ledit accident et d'œuvrer à plein temps durant des années. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que les pièces médicales au dossier ne permettent pas de considérer que l'état de santé actuel de l'assuré est - au degré de la vraisemblance prépondérante - en lien avec l'accident du 14 mai 2007.

- 23 - Finalement, en retenant un statu quo sine intervenu une année après l'événement du 14 mai 2007, et l'absence de lien de causalité naturelle entre les atteintes alléguées dans le cadre de la rechute annoncée en octobre 2014 et l'événement accidentel initial, la CNA n'a pas violé le droit. 5. a) Dans l'ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable. Selon cet arrêt, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (consid. 7 à 9 de l'arrêt cité). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type « coup du lapin » (consid. 9) et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé) ; - la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé) ; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée) ; - l'intensité des douleurs (formulation

modifiée) ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé) ;

- 24 - - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé) ; - l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée). 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/aa, 403 consid. 5c/aa). b) En l'occurrence, aucune circonstance particulière n'est à relever dans le contexte de l'accident, qui peut être qualifié de gravité moyenne, ce qu'admet au demeurant la CNA. Il a impliqué une collision par l'arrière de la voiture du recourant, par un camion. Il n'y a pas au dossier de calcul du Delta V pour évaluer la vitesse du camion, mais selon le rapport de gendarmerie, avant que le conducteur du camion n'entamât son freinage, sa vitesse était d'environ 70 km/h. Partant les circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme ses effets directs ou indirects doivent-elles se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb, 403 consid. 5c/bb). L'accident ne présentait manifestement pas un caractère particulièrement impressionnant ni n'a occasionné de circonstances particulièrement dramatiques. Le recourant n'a pas perdu connaissance. S'il ne s'attendait pas à la collision selon ses déclarations au Dr D. _____, il a toutefois vu arriver le véhicule selon ses dires du 14 janvier 2015 à la collaboratrice de la CNA. Il a certes été transporté en ambulance à l'hôpital, mais a pu en sortir après quelques heures.

- 25 - L'accident n'a pas non plus entraîné des lésions physiques particulières, si ce n'est une entorse cervicale. Le traitement médical n'a pas donné lieu à des hospitalisations ; il a consisté pour l'essentiel en de la physiothérapie et la prise d'antidouleurs. L'assuré n'a pas non plus dû se faire administrer un traitement médical spécifique et pénible de façon prolongée. Par ailleurs, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical ayant entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident, ni de douleurs intenses, du moins imputables à l'accident, le recourant ayant pu reprendre son activité professionnelle à plein temps après quatorze jours. La récurrence des douleurs n'est en outre documentée qu'à partir de 2014, ce qui constitue une interruption notable. En conclusion, les critères ne sont pas remplis. Il n'existe donc pas de lien de causalité adéquate entre les troubles mentionnés à l'appui de l'annonce de rechute d'octobre 2014 et l'accident du 14 mai 2007. c) Au vu de ces constatations, les pièces du dossier se révèlent suffisantes pour statuer en pleine connaissance de cause, sans que l'administration d'autres preuves ne s'impose, par appréciation anticipée des preuves (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3, 130 II 425 consid. 2 ; voir aussi par ex. arrêts 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid 3.2 et 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il y a ainsi lieu de rejeter la requête d'expertise pluridisciplinaire du recourant, de même que celle tendant à la production de son dossier en mains de la Dresse P. _____ et de la production des attestations selon lesquelles il aurait suivi des séances de physiothérapie, ce qui n'est au demeurant pas contesté. Au surplus, le recourant et l'intimée ont eu tout loisir de s'exprimer au cours de la présente procédure de sorte que la tenue d'une audience apparaît superflue. 6. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par la caisse

intimée.

- 26 - a) La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice (cf. art. 61 let. a LPGA). b) Par ailleurs, le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA). c) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (art. 2 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). En l'espèce, Me Gillard a produit une liste de ses opérations le 7 décembre 2015, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Compte tenu des heures de prestations d'avocat (9 heures et 15 minutes) et débours (49 fr. 60) s'inscrivant raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1), le montant total de l'indemnité de Me Gilliard s'élève donc à 1'851 fr. 80 (TVA à 8% comprise). La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu de rembourser le montant dès qu'il est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

- 27 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours déposé le 29 juin 2015 par H. _____ est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 27 mai 2015 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. IV. L'indemnité d'office de Me François Gillard, conseil du recourant, est arrêtée à 1'851 fr. 80 (mille huit cent cinquante- et-un francs et huitante centimes), débours et TVA compris. V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me François Gillard (pour H. _____) - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents - Office fédéral de la santé publique par l'envoi de photocopies.

- 28 - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.