

200.2013.666.LAA

BEP/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 6 octobre 2014

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
D. Baldin et M. Moeckli, juges
Ph. Berberat, greffier



A. _____
recourant

contre

AXA Winterthur Assurances collectives de Personnes
Chemin de Primerose 11, case postale, 1002 Lausanne
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 4 juillet 2013

En fait:

A.

Par déclaration de sinistre du 19 mai 2003, la bijouterie employant depuis 2001 A._____, né en 1963, en qualité d'horloger salarié a annoncé à son assureur-accidents, AXA Winterthur, Assurances collectives de Personnes (ci-après: AXA Winterthur), que son employé avait subi un accident à son domicile, le 13 mai 2003. L'accident était décrit comme suit: "chute pendant la nuit contre le carrelage après étourdissement". A la suite de cette chute, l'assuré a été en incapacité de travail une première fois à 100% du 13 mai au 2 juin 2003, puis encore brièvement à deux reprises ultérieurement, annoncées à l'assureur comme rechute.

AXA Winterthur a pris le cas en charge. Elle a mandaté un spécialiste en neurologie à B._____, qui a procédé à une expertise de l'assuré le 22 mars 2004. Sur la base du rapport de l'expert du 2 avril 2004, AXA Winterthur a considéré dans une décision du 12 août 2004 que l'état de l'assuré était stabilisé et lui a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5%, tout en continuant de prendre en charge le traitement médical.

Par la suite, AXA Winterthur a encore mandaté un autre spécialiste en neurologie à B._____. L'expert a fourni son rapport en date du 12 février 2013. Sur cette base, AXA Winterthur a communiqué le 25 février 2013 à l'assuré qu'elle entendait cesser de prendre en charge les frais du traitement antimigraineux qu'il suivait.

Nonobstant les objections émises le 12 mars 2013 par l'assuré et après avoir encore recueilli l'avis de son médecin-conseil le 9 avril 2013, AXA Winterthur a confirmé sa position dans une décision du 22 avril 2013, prononçant la cessation (rétroactive) de ses prestations d'assurance deux semaines au maximum après l'événement assuré du 13 mai 2003, soit au 31 mai 2003, et retirant l'effet suspensif à une éventuelle opposition, tout en précisant qu'elle renonçait à demander la restitution des prestations versées à ce jour.

B.

Dans sa décision sur opposition rendue le 4 juillet 2013, sur la base de l'avis d'un autre médecin-conseil du 31 mai 2013, AXA Winterthur a rejeté l'opposition formée par l'assuré le 21 mai 2013 et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. L'assurance-maladie de l'assuré ne s'est, quant à elle, pas opposée à la décision d'AXA Winterthur.

C.

Par acte du 30 juillet 2013, l'assuré a recouru auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA) contre cette décision sur opposition du 4 juillet 2013 en se déclarant prêt à se soumettre à une nouvelle expertise par un spécialiste de l'International Headache Society (IHS).

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 4 juillet 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de cessation des prestations rendue par l'intimée en date du 22 avril 2013. Au vu des motifs du recours du 30 juillet 2013, l'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et la poursuite de la prise en charge par l'intimée du traitement médicamenteux contre la migraine au-delà du 22 avril 2013 (l'effet suspensif ayant été retiré à l'opposition) ou, à tout le moins, une instruction médicale complémentaire avant de trancher.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente et par une partie disposant de la qualité pour recourir, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales

[LPGA, RS 830.1] et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA, RS 832.20]). Est réputé 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). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2 L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc* et *pro futuro* à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré – selon une appréciation correcte de la situation – n'est jamais survenu. Ce n'est qu'en cas de demande de restitution de prestations que les conditions d'une révocation doivent être observées (ATF 130 V 380 c. 2).

2.3 Tout événement est la cause naturelle d'un accident lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 c. 3.1, 119 V 335 c. 1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé, soit tel qu'il existait juste avant l'accident (*statu quo ante*), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (*statu quo sine*; SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2; RAMA 1994 p. 326 c. 3b).

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 tribunal en cas de recours – examine en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation de l'état de fait et des preuves en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage ne suffit pas à justifier le droit à des prestations (ATF 129 V 177 c. 3.1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1).

2.4

2.4.1 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus

retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6).

2.4.2 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a).

La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

Les expertises recueillies par les assureurs en procédure administrative auprès de médecins spécialistes externes, réalisées sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, en pleine connaissance du dossier et qui aboutissent à des résultats convaincants, revêtent une pleine valeur probante, tant qu'il n'existe pas d'indices concrets contre leur fiabilité (ATF 125 V 351 c. 3b/bb; SVR 2009 IV n° 50 c. 4.3).

Une évaluation divergente émanant de médecins ayant examiné la personne assurée n'est pas de nature à remettre en cause l'objectivité de l'expert. Il appartient bien plus à l'expert d'analyser de façon critique les pièces au dossier et de rendre une évaluation autonome. La question de savoir sur quelles évaluations il convient de se baser est à résoudre lors de l'appréciation des preuves en procédure administrative ou judiciaire (ATF 132 V 93 c. 7.2.2).

3.

3.1 En l'espèce, il faut admettre que le recourant a bien subi, le 13 mai 2003, un accident au sens de l'art. 4 LPGA précité (voir ci-dessus c. 2.1), fait au demeurant incontesté entre les parties.

3.2 Dans la décision sur opposition contestée, l'intimée a confirmé la cessation de ses prestations, prononcée dans la décision du 22 avril 2013, en considérant principalement que sur la base de l'ensemble des rapports médicaux figurant au dossier, l'assuré souffre de migraines sans aura qui, d'après l'expertise neurologique probante du 12 février 2013 confirmée par les avis des 9 avril et 31 mai 2013 de ses médecins-conseils, sont sans relation possible avec un traumatisme, mais consécutives à une affection de caractère génétique, et que les migraines présentées par l'assuré au-delà de quelques semaines après l'accident ne se trouvaient déjà plus en relation de causalité avec celui-ci.

3.3 Le recourant, pour sa part, invoque principalement que selon la classification internationale des céphalées (ICHD-II) de l'IHS, à laquelle se réfère l'expertise du 12 février 2013, des maux de tête chroniques similaires aux siens peuvent être imputables à un traumatisme crânien tel que celui qu'il a subi lors de sa chute le 13 mai 2003, et se déclare prêt à se soumettre à une nouvelle expertise par un spécialiste membre de cette organisation. Il souligne que tant son médecin traitant lors de l'accident, que la première expertise du 2 avril 2004 et que les rapports des 26 mai et 17 août 2010 du médecin-chef du service de neurologie d'un établissement hospitalier qu'il a consulté, ont constaté des céphalées post-traumatiques.

4.

4.1 Les éléments suivants ressortent du dossier médical du recourant:

4.1.1 Le lendemain de la chute du 13 mai 2003, le médecin traitant du recourant a constaté des douleurs nucales, des paresthésies au niveau des mâchoires, un petit hématome occipital gauche et un hématome de la paupière supérieure droite apparu secondairement. L'examen cérébral par

résonance magnétique (IRM) effectué le 20 mai 2003 sur recommandation de l'ophtalmologue consultée en consilium n'a pas révélé de lésion intracérébrale. L'évolution s'étant caractérisée par des céphalées et des cervicobrachialgies, le médecin traitant a adressé son patient à un spécialiste en neurologie à C._____, qui l'a examiné les 5 et 11 novembre 2003 et a notamment relevé une recrudescence des céphalées après l'accident précité, avec une augmentation de la fréquence et de l'intensité (une crise par semaine d'une durée d'un jour, débutant souvent le matin ou la nuit durant le sommeil), alors que le patient souffrait jusque-là de migraines post-traumatiques d'un à deux épisodes par mois depuis un accident de moto survenu en 1988. Dans un bref rapport adressé à l'intimée sur sa demande le 7 janvier 2006, le médecin traitant a posé comme diagnostic définitif des migraines post-traumatiques faisant suite au traumatisme cranio-cérébral (TCC) de 1988 et aggravées par l'événement accidentel de mai 2003 (dossier [dos.] AXA Winterthur M1 à M3 et M6).

4.1.2 Dans la première expertise rédigée le 2 avril 2004 sur mandat de l'intimée, l'expert, dans son anamnèse, a mentionné un accident de moto subi par le patient en 1988, ayant entraîné un TCC et une fracture de la mâchoire, et nécessité une opération d'une sténose du canal lacrymal gauche. Il a relevé que l'assuré a présenté une diplopie pendant huit à neuf mois et souffert dès lors de céphalées à caractère migraineux avec des maux de tête pulsatiles frontaux s'accompagnant de phono- et photophobie calmées par la prise de médicaments (Aspegic 500 à 1000 mg et Naramig), le patient se déclarant par ailleurs incapable de préciser la fréquence des troubles préalablement à l'événement accidentel de mai 2003, étant donné que ses maux de tête survenaient essentiellement aux changements de temps. L'expert a indiqué qu'aux dires du patient et d'après les éléments du dossier, l'évolution des troubles a été plutôt favorable avec persistance des maux de tête, mais moins fréquents qu'initialement, après mise en place d'une médication antimigraineuse, et disparition du signe de Lhermitte. Il a conclu en substance que, les cervicalgies et le phénomène de Lhermitte ayant actuellement disparu chez l'assuré, les seules conséquences encore persistantes de l'événement accidentel du 13 mai 2003 étaient une exacerbation des migraines post-traumatiques dont il souffrait déjà depuis le TCC de 1988, relevant que le caractère des céphalées décrit par le

patient était typiquement celui de migraines. S'agissant de la causalité naturelle entre les troubles et l'événement accidentel du 13 mai 2003, l'expert est d'avis qu'elle est certaine, tout en indiquant qu'il existait néanmoins un facteur étranger préexistant à l'accident sous forme de céphalées faisant suite au TCC 1988, et qu'il était difficile de déterminer le pourcentage du rôle respectif des accidents de 1988 et 2003 dans les maux de tête actuels (dos. AXA Winterthur M4).

4.1.3 Consulté pour la première fois le 21 mai 2010 sur recommandation de la nouvelle généraliste traitant le recourant, le médecin-chef du service de neurologie d'un établissement hospitalier, dans ses trois rapports des 26 mai, 18 août et 11 octobre 2010 figurant au dossier (dos. AXA Winterthur M9 et M11), a diagnostiqué des migraines sans aura présentes chez le patient depuis au moins 1988, précisant notamment que le TCC de 1988 et celui de 2003 ont probablement favorisé, voire même augmenté, ces migraines sans aura. Le spécialiste a en outre relevé que le traitement entrepris avec le médicament spécifique administré était bien toléré et montrait un effet très rapide, les migraines disparaissant complètement après trois quarts d'heure à une heure. Il a aussi recommandé une thérapie prophylactique médicamenteuse, étant donné que le patient présente environ en moyenne six crises de migraine par mois, qui le gênent dans ses activités quotidiennes.

4.1.4 L'expertise la plus récente du 12 février 2013 (dos. AXA Winterthur M14), sur laquelle l'intimée s'est fondée pour rendre la décision sur opposition litigieuse du 4 juillet 2013, pose elle aussi le diagnostic de migraines sans aura présentes depuis 1988, s'agissant de céphalées épisodiques, sévères et invalidantes, hémicrâniennes, avec phonophobie, photophobie et discrètes nausées, ne répondant plus à l'aspégic ni au méfénacide, mais répondant par contre parfaitement à l'antimigraineux.

En ce qui concerne la causalité naturelle entre l'accident du 13 mai 2003 et les migraines sans aura diagnostiquées, l'expert la nie catégoriquement. Il expose qu'en 1988, l'assuré a probablement présenté des céphalées post-traumatiques pendant quelques mois, le patient mentionnant également des céphalées épisodiques, météo-dépendantes, caractéristiques de migraines. L'expert indique que ce tableau a évolué ensuite favorablement,

et a été à nouveau exacerbé à la suite d'un TCC mineur lors de l'accident du 13 mai 2003, mais que ceci n'était toutefois pas un argument en faveur d'un lien de causalité naturelle entre les migraines et l'accident (raisonnement *post-hoc, ergo propter hoc*). Il précise qu'il est formellement établi que la migraine est une maladie génétiquement déterminée, le mode de transmission étant probablement multifactoriel, raison pour laquelle le diagnostic ne peut être mis en doute même en cas d'anamnèse familiale négative, et qu'il est également bien connu que sur la base d'un terrain migraineux d'origine génétique, la migraine peut être influencée par des facteurs environnementaux. L'expert souligne qu'un traumatisme crânien peut déclencher éventuellement un épisode migraineux isolé, mais que le diagnostic de "migraines post-traumatiques" n'existe pas dans la classification internationale des céphalées de l'IHS. Répondant aux questions précises de l'intimée, il conclut que le 13 mai 2003, l'assuré a été victime d'un TCC mineur, sans grandes conséquences, avec dès lors un retour au statu quo sine atteint au maximum deux semaines après l'événement.

4.1.5 Appelés à prendre position sur l'ensemble du dossier médical, les deux médecins-conseils de l'intimée, tous deux spécialistes en médecine interne, se sont ralliés aux conclusions de l'expertise du 12 février 2013 dans leurs avis respectifs des 9 avril et 31 mai 2013.

Le rapport du 9 avril 2013 (dos. AXA Winterthur M15) relève en particulier que la première expertise du 2 avril 2004 précitée note un examen neurologique normal, un électroencéphalogramme normal et des examens radiologiques normaux incluant une IRM cérébrale, et que l'expert confirme qu'il existe des céphalées à caractère migraineux depuis le TCC mineur de 1988 ainsi que faisant suite à l'accident du 13 mai 2003, et que, sans dire pourquoi, cet expert considère que les troubles constatés lui paraissent en relation tant avec les suites de l'accident de 1988 que celui de 2003. Le médecin-conseil, dans son appréciation, considère que l'expertise du 12 février 2013 est tout à fait explicite, le diagnostic étant précis et permettant de confirmer que l'assuré souffre de migraines sans aura. Il souligne par ailleurs que la migraine a vu sa classification profondément modifiée dès 2004, soit postérieurement à la première expertise de 2004; il

s'ensuit qu'on distingue bien les céphalées primaires, dont fait partie la migraine, des céphalées secondaires, dont font partie les céphalées post-traumatiques entre autres. Or, toujours d'après le médecin-conseil, le cas du recourant fait évoquer non pas des céphalées post-traumatiques, mais bien des céphalées primaires sous la forme de migraines sans aura. Se penchant encore sur les rapports du médecin-chef du service de neurologie hospitalier consulté par le recourant, le médecin-conseil relève que ce dernier a, lui aussi, bien posé le diagnostic de migraines sans aura, mais que lorsqu'il indique que les traumatismes subis par le patient ont aggravé les migraines, il s'agit là d'une pure hypothèse qui ne s'appuie sur aucun mécanisme physiopathologique reconnu actuellement et qu'on ne voyait pas comment un traumatisme pourrait aggraver une migraine. Le médecin-conseil souligne que les caractéristiques de crises migraineuses intermittentes ne sont pas du tout celles de céphalées post-traumatiques, et que les traitements médicamenteux anti-migraineux, tels que celui suivi par l'assuré, sont assez spécifiques à la migraine et ne fonctionnent pas dans le cas de céphalées post-traumatiques.

Dans son rapport du 31 mai 2013, le second médecin-conseil de l'intimée se rallie également aux conclusions de l'expertise du 12 février 2013, remarquant qu'une expertise aussi exacte que celle-là n'avait jamais été présentée au cours des années précédentes, et que l'évaluation neurologique effectuée antérieurement dans le cas du recourant (soit l'expertise du 2 avril 2004) ne correspond plus du tout aux standards actuels concernant l'étiologie de la migraine. Il relève aussi que l'avis du médecin-chef du service de neurologie hospitalier, selon lequel l'aggravation des migraines serait due aux accidents antérieurs subis par le patient, représente une pure hypothèse qui n'est plus valable actuellement au vu des nouvelles recherches sur la migraine faites en pathophysiologie.

4.2 Cela étant, on constate que tous les médecins ayant été appelés à se prononcer sur le cas du recourant sont unanimes en ce qui concerne le diagnostic de migraines. Ils ont également tous relevé que cette atteinte était déjà présente chez leur patient avant la survenance de l'accident assuré du 13 mai 2003. Leurs avis divergent néanmoins quant à l'influence

de ce traumatisme sur l'intensité et la fréquence des épisodes migraineux ressentis.

4.2.1 Le premier médecin traitant et le premier spécialiste en neurologie à C._____, consultés en novembre 2003, évoquent tous les deux des migraines post-traumatiques faisant suite au TCC de 1988 et aggravées par l'événement accidentel de mai 2003. Cependant, à la lecture de leurs rapports (voir ci-dessus c. 4.1.1), on remarque qu'ils n'approfondissent ni ne motivent aucunement la question du lien de causalité entre lesdits traumatismes et les migraines de leur patient, se contentant de constater laconiquement qu'il souffre de cette atteinte et qu'il a par ailleurs été victime de deux accidents en 1988 et 2003, sans se pencher plus avant sur les tenants et les aboutissants concernant la relation possible entre ces éléments.

Il en va de même de l'expertise neurologique du 2 avril 2004 (voir ci-dessus c. 4.1.2), qui s'avère très détaillée sur les plans de l'anamnèse, du diagnostic et du traitement, mais se contente d'affirmer laconiquement que la causalité naturelle entre les troubles et l'accident du 13 mai 2003 est certaine, ajoutant néanmoins qu'il serait difficile de déterminer l'influence respective des deux accidents de 1988 et 2003.

Quoi qu'il en soit, force est de constater que les avis médicaux précités ont été émis avant la révision de la classification internationale des céphalées de l'IHS, ICHD-II, dont la deuxième édition, faisant foi actuellement et à laquelle se réfère d'ailleurs aussi le recourant, a été publiée en 2004 (voir le site internet <http://ihs-classification.org/de/>).

Quant à l'avis du médecin-chef du service de neurologie hospitalier consulté par le recourant (voir ci-dessus c. 4.1.3), selon lequel l'aggravation des migraines serait due aux accidents subis par le patient, il doit être relativisé, car, même s'il est ultérieur à 2004, il est exprimé laconiquement, en tant qu'hypothèse ("probablement"), sans autre motivation spécifique que la chronologie de l'anamnèse.

4.2.2 En tant qu'atteinte à la santé, la migraine est définie comme céphalée primitive vasculaire due à un trouble périodique de la vasomotricité des branches de l'artère carotide externe, d'étiologie mal

connue, caractérisée sur le plan clinique par des douleurs paroxystiques, localisées à une moitié de la tête (hémicrânie), des vomissements, et parfois accompagnée ou précédée de signes neurologiques. Elle débute dans l'enfance, l'adolescence ou parfois à l'âge adulte et possède un caractère familial (MASSON, Dictionnaire médical, 3^e éd. 2001, p. 623).

Pour sa part, l'ICHD-II, renvoyant aussi au ch. G43.0 de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) de l'Organisation internationale de la santé (OMS), décrit la migraine sans aura comme une céphalée primaire fréquente d'une durée (sans traitement) de 4 à 72 heures, fortement handicapante, caractérisée par des céphalées unilatérales pulsatiles d'une intensité moyenne à forte, amplifiées par des activités corporelles routinières et des effets secondaires typiques, tels que nausées, vomissements, phono- et photophobie. L'ICHD-II précise en particulier qu'il est maintenant incontesté que la migraine sans aura est une maladie à caractère neurobiologique (traduction du site internet précité de l'IHS, en allemand). Certes, comme l'invoque le recourant, l'ICHD-II comprend aussi des maux de tête chroniques post-traumatiques. Ceux-ci ne sont toutefois précisément pas recensés dans le chapitre consacré aux céphalées primaires (première partie de l'ICHD-II), qui inclut les migraines, mais bien au niveau des céphalées secondaires (deuxième partie de l'ICHD-II), dont l'origine est à rechercher dans une autre atteinte à la santé préexistante ou un traumatisme extérieur. Comme l'intimée le relève à juste titre dans son mémoire de réponse du 27 août 2013, les céphalées post-traumatiques chroniques, recensées aussi au ch. G44.3 de la CIM-10 et évoquées par le recourant, ne doivent pas être confondues avec les divers types de migraines définis dans le premier chapitre de l'ICDH-II, les migraines sans aura ne pouvant être mises en relation de causalité avec un accident selon la nouvelle classification de l'IHS. Les céphalées post-traumatiques chroniques sont décrites par l'ICHD-II comme faisant souvent partie d'un syndrome post-traumatique comprenant une série de symptômes, tels que des troubles de l'équilibre, des difficultés de concentration, une capacité de travail réduite, une irritabilité, une tendance dépressive et des troubles du sommeil. En outre, les céphalées post-traumatiques ne répondent pas à la

prise d'antimigraineux comme le font les maux de tête dont souffre le recourant.

4.3 Au vu des considérations qui précèdent, il convient de se rallier aux conclusions de l'expertise du 12 février 2013 et aux appréciations de celle-ci par les deux médecins-conseils de l'intimée des 9 avril et 31 mai 2013. L'expertise répond entièrement aux exigences posées par la jurisprudence en la matière (voir ci-dessus c. 2.4.2). En effet, l'expert, spécialiste en neurologie, a examiné personnellement l'assuré et a rendu son appréciation en pleine connaissance du dossier, comme en attestent notamment les retranscriptions des avis médicaux antérieurs et les anamnèses détaillées. Les plaintes exprimées par le patient et l'ensemble des autres avis médicaux figurant au dossier ont été pris en considération. A cet égard, contrairement à ce qu'affirme le recourant dans sa réplique du 19 septembre 2013, l'expert a en particulier bien tenu compte de l'IRM effectuée en 2003, constatant, selon les documents à disposition, qu'elle s'était avérée normale. Les observations émises dans ce contexte quant au lien de causalité entre le diagnostic et l'accident assuré du 13 mai 2003 ont été discutées et étayées. La description du contexte médical est claire et les conclusions de l'expert sont bien motivées, précises et convaincantes. Une pleine valeur probante peut donc être reconnue à l'expertise du 12 février 2013 et il n'y a pas lieu de procéder à une instruction médicale supplémentaire, contrairement à ce que voudrait le recourant. Il s'ensuit que d'après l'état actuel de la science médicale, tel qu'il est décrit de manière convaincante par l'expertise du 12 février 2013 et les avis des 9 avril et 31 mai 2013 des médecins-conseils de l'intimée, un lien de causalité naturelle durable entre un accident tel que celui qu'a subi le recourant le 13 mai 2003 et des migraines sans aura ne peut être retenu, d'après un degré de vraisemblance prépondérante.

4.4 En conséquence, c'est à bon droit que l'intimée, dans sa décision du 22 avril 2013, confirmée par décision sur opposition du 4 juillet 2013, a considéré en substance que, selon un degré de vraisemblance prépondérante (voir ci-dessus c. 2.4.2), le lien de causalité naturelle entre l'accident assuré du 13 mai 2003 et une éventuelle exacerbation des migraines sans aura préexistantes dont est atteint le recourant avait été

rompu deux semaines au maximum après l'événement, le statu quo sine étant atteint à ce moment-là. Il faut en outre préciser que, bien que la décision du 22 avril 2013 prononce une cessation de prestations rétroactive au 31 mai 2003, il n'y a pas lieu de la considérer comme une décision en révision ou en reconsidération au sens de l'art. 53 al. 1 et 2 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1), du fait que l'intimée stipule qu'elle renonce à demander la restitution des prestations versées à ce jour. La cessation de la prise en charge du traitement médical du recourant a pris effet à la date de la décision du 22 avril 2013 (ladite décision ayant prononcé le retrait de l'effet suspensif d'une éventuelle opposition) et n'avait donc aucune répercussion sur le passé. Dans ce contexte, c'est en vain que le recourant invoque implicitement la protection de la situation existant depuis des années. Vu son absence d'effet rétroactif, la décision n'était pas soumise aux conditions que doivent remplir les titres de révocation (voir ci-dessus c. 2.2).

5.

5.1 Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté.

5.2 Il n'y a pas lieu de percevoir de frais de procédure, ni d'allouer de dépens ou d'indemnité de partie au recourant, qui succombe (art. 61 let. a et g LPGA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au recourant,
 - à l'intimée,
 - à _____,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:
e.r.: Bernard Rolli, Juge

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).