

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2696/2014

ATAS/852/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 novembre 2015

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERNIER, représenté par APAS-
Association pour la permanence de défense des patients et des
assurés

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier DERIVAZ

intimée

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa ROBINSON-MOSER,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1956, a été engagé le 18 janvier 2013 en qualité de chauffeur auxiliaire à plein temps par la société B_____ (ci-après : l'employeur), pour la période du 20 au 25 janvier 2013. À ce titre, il était assuré auprès de la caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 22 janvier 2013, pendant son service, l'assuré a glissé sur une plaque de verglas et a chuté sur le dos, en heurtant l'arrière de sa tête sur le sol. Par déclaration d'accident du 31 janvier 2013, l'employeur a annoncé cet événement à la SUVA. Il y ajoutait que l'assuré avait subi une perte de connaissance de quelques secondes, puis avait repris le travail. Il avait ensuite souffert de maux de tête, lesquels avaient empiré à la fin de la semaine suivant sa chute.
3. Par certificat médical du 29 janvier 2013, le docteur C_____, médecin interne de chirurgie auprès du service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a attesté du fait que l'assuré était en traitement auprès de ce service le même jour, suite à son accident, et que son incapacité de travail était de 100% du 28 janvier au 1^{er} février 2013, une reprise à 100% étant prévue dès le 2 février 2013.

Selon le résumé de séjour établi à la même date, la doctoresse D_____, cheffe de clinique du service précité, et le Dr C_____ posaient, comme diagnostic principal, une hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique frontale gauche (S06.6) et, comme diagnostic secondaire, un hématome sous-dural (S06.33). D'après l'anamnèse, l'assuré était connu pour une cardiopathie ischémique sous aspirine et Efient. Il était indiqué que le 22 janvier 2013, il avait chuté sur du verglas et avait subi un traumatisme crânien avec perte de connaissance, et qu'il consultait en raison de l'apparition de céphalées en casque. En accord avec les cardiologues, au vu du fait que des stents coronariens avaient été posés dix-huit mois auparavant, les praticiens avaient alors décidé de cesser le traitement par Efient.

Le scanner cérébral effectué le 28 janvier 2013 avait mis en évidence une lame de saignement sous-arachnoïdien frontale supérieure gauche et inter-hémisphérique (contrecoup), sans fracture. Le scanner cérébral de contrôle du 29 janvier 2013 était superposable, en tant qu'il concluait à une stabilité de la lame d'hémorragie sous-arachnoïdienne frontale gauche et de l'hématome sous-dural de la faux du cerveau d'épaisseur maximale de 2 millimètres sans effet de masse, ainsi qu'à l'absence de signes d'hypertension intracrânienne et de fracture.

4. Par certificat médical du 2 février 2013, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne et en cardiologie, et médecin traitant de l'assuré, a prolongé l'incapacité de travail de ce dernier au 28 février 2013.
5. Dans un avis du 21 février 2013, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin-conseil auprès de la SUVA, a retenu que les troubles relevés dans le

rapport des HUG du 29 janvier 2013 étaient en rapport avec les conséquences de l'accident du 22 janvier 2013 et a estimé la durée admissible de l'incapacité de travail pour les suites de cet accident à un ou deux mois.

6. Le 22 février 2013, la SUVA a ainsi accepté de prendre en charge le cas et d'allouer à l'assuré des indemnités journalières à compter du 25 janvier 2013.
7. Dans un rapport du 27 février 2013, le docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, observait que l'assuré présentait des céphalées post-traumatiques avec une hémorragie sous-arachnoïdienne frontale gauche démontrée au scanner. L'examen neurologique montrait un spasme hémifacial gauche intermittent, probablement en lien avec le traumatisme récent. En cas de non amélioration de ce spasme, le praticien proposait des injections de toxine botulique. Concernant les céphalées post-traumatiques, il préconisait la poursuite du paracétamol. L'incapacité de travail était maintenue à 100% jusqu'au 31 mars 2013.
8. Le 25 mars 2013, le Dr G_____ remarquait que l'assuré présentait toujours des céphalées post-traumatiques, suite à un traumatisme qui avait été important. L'incapacité de travail à 100% était prolongée au 30 avril 2013.
9. Dans un rapport intermédiaire du 16 avril 2013, le Dr E_____ indiquait comme diagnostic une hémorragie sous-arachnoïdienne, suite à la chute de l'assuré sur du verglas le 22 janvier 2013. L'évolution était favorable et il n'y avait pas de séquelles. Un traitement sur le long terme restait préconisé, mais le pronostic était bon.
10. Dans un rapport du 30 avril 2013, le Dr G_____ indiquait que l'assuré présentait encore des céphalées à prédominance postérieure, occipitales et bilatérales, parfois diffuses, ainsi que des cervicalgies. Ses douleurs étaient quotidiennes et, sans être permanentes, elles étaient fréquentes. En outre, des petits spasmes à l'œil gauche, en particulier de la paupière inférieure, étaient constatés et l'assuré signalait un mauvais sommeil depuis l'accident. L'incapacité de travail à 100% était maintenue jusqu'au 31 mai 2013.
11. Le 31 mai 2013, le Dr G_____ indiquait que l'assuré souffrait toujours de céphalées diffuses et quotidiennes, sans amélioration. De plus, il notait que l'assuré signalait l'apparition récente de lombalgies droites, qu'il avait déjà eues de façon épisodique, et, à nouveau, de cervicalgies latéralisées à droite, irradiant dans la région du trapèze. De petits spasmes intermittents à l'œil gauche étaient également encore présents. Le praticien relevait ainsi que la situation ne s'arrangeait pas. Les céphalées post-traumatiques étaient notamment en train de se chroniciser et les douleurs étaient plus diffuses. L'incapacité de travail à 100% se poursuivait jusqu'au 30 juin 2013.
12. Dans son rapport du 27 juin 2013, le Dr G_____ indiquait que l'assuré n'allait pas mieux. Il avait toujours des céphalées et des douleurs cervicales, quotidiennes, permanentes et invalidantes. En outre, l'assuré se plaignait aussi de vertiges intermittents, se traduisant par une vision floue, une sensation d'instabilité et une

impression de malaise. Il signalait encore des nausées, sans vomissement, des troubles de la concentration ou des petits oublis, et un sommeil perturbé. Le praticien remarquait que ces symptômes n'étaient pas là avant l'accident. La situation était ainsi sans amélioration et l'arrêt de travail à 100% était prolongé au 31 juillet 2013. Compte tenu de l'hémorragie sous-arachnoïdienne visible sur les scanners, il recommandait de réévaluer la situation sur le plan radiologique par une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale.

13. Sur mandat de la SUVA, l'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) du 16 au 18 juillet 2013, afin d'être soumis à une évaluation interdisciplinaire. Dans leur rapport du 18 juillet 2013, les docteurs H_____, spécialiste FMH en neurologie, et I_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, auprès de la CRR, posaient comme diagnostic primaire un traumatisme crânio-cérébral le 22 janvier 2013, avec hémorragie sous-arachnoïdienne (S06.79). Les comorbidités relevées étaient un status après infarctus myocardique en 2011 et mise en place de stent, une hypertension artérielle traitée (I10.90), une hypercholestérolémie traitée (E78.0), des lombalgies non spécifiques (M54.5), un status après paralysie faciale à frigore en 2012 et une obésité (BMI à 34). Selon les médecins, en regard des plaintes de l'assuré, l'examen physique était sans particularité et surtout marqué par des autolimitations, le sujet interrompant de nombreux tests de façon incompréhensible. Objectivement, ils observaient un sujet obèse, déconditionné, ne présentant pas d'autres limitations que celles liées à l'âge et au morphotype. L'examen neurologique spécialisé était rassurant, ne montrant notamment pas de signe pour une atteinte centrale. La question d'une légère polyneuropathie sensitive longueur dépendante pouvait toutefois se poser. Vu la surcharge pondérale, la recherche d'un diabète et un bilan complémentaire large à la recherche d'une autre cause étaient indiqués. Il était par ailleurs relevé que l'assuré avait encore moins bien collaboré à l'évaluation des capacités fonctionnelles qu'il ne l'avait fait au cours de l'approche médicale. La volonté de l'assuré de donner le maximum aux différents tests était en particulier insuffisante et le niveau de cohérence beaucoup trop faible pour que l'évaluation puisse conclure à un niveau de performance reflétant ses capacités maximales. L'entretien psychiatrique n'avait, en particulier, pas mis en évidence de signes orientant vers un trouble anxieux spécifique, tel qu'un état de stress post-traumatique ou un trouble phobique. Il n'y avait pas non plus d'élément du registre psychotique, ni de signe pour un abus de substances. L'examen n'avait donc pas révélé de singularité atteignant un seuil diagnostique dans le registre psychique. D'après les praticiens, le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle était sombre, le sujet cumulant les signaux d'alerte psycho-sociaux, à savoir une inactivité de plusieurs années avant de trouver un emploi dont il a été licencié après quelques jours seulement, le recours itératif aux assurances sociales, l'épuisement du chômage, la très faible estimation de ses propres capacités, et des autolimitations systématiques. De plus, si la persistance de céphalées après le traumatisme subi pouvait être admise, leur résolution progressive au cours des mois suivants pouvait être

attendue, ce qui n'avait pas été le cas de l'assuré. Sur le plan thérapeutique, les médecins n'avaient pas d'autres propositions à formuler que le recours à une antalgie temporairement plus forte à l'aide de Co-Dafalgan ou de Tramal. Il était toutefois peu vraisemblable, dans le contexte, que l'assuré « concède » une amélioration lui permettant de retourner travailler, et ce quelle que soit la médication choisie.

14. Par certificat médical du 31 juillet 2013, le Dr G_____ a prolongé l'incapacité de travail de l'assuré au 31 août 2013.
15. Dans une appréciation médicale du 7 août 2013, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré que l'incapacité de travail de l'assuré n'était plus justifiée pour les seules suites de l'accident du 22 janvier 2013, à la lumière des examens et du bilan interdisciplinaire complet réalisés à la CRR. Il retenait, en effet, que le pronostic quant à la reprise de l'activité professionnelle était sombre en raison d'un déconditionnement de l'assuré à la pratique du travail, notamment suite à ses antécédents d'arrêts de travail prolongés. Ainsi, la reprise de son activité de chauffeur pouvait intervenir de suite, soit dès le 7 août 2013, en considérant les seules suites de l'évènement en question.
16. Par décision du 13 août 2013, sur la base de l'avis médical précité, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait fin au paiement de l'indemnité journalière et de ses frais médicaux au 31 août 2013, considérant que l'accident du 22 janvier 2013 ne jouait plus aucun rôle dans ses troubles.
17. Dans un rapport du 16 août 2013, le Dr G_____ constatait que l'assuré n'allait toujours pas mieux. Il présentait encore des céphalées, des cervicalgies, des vertiges intermittents, une vision floue, une sensation d'instabilité, parfois des nausées, ainsi que des troubles de la concentration. Il rappelait qu'un scanner avait montré une hémorragie sous-arachnoïdienne et indiquait qu'une IRM cérébrale, effectuée le 8 juillet 2013, avait montré des anomalies de signaux de la substance blanche d'allure ischémique. Pour le reste, il n'y avait pas de trace d'hématome. Compte tenu des symptômes algiques, le praticien maintenait l'arrêt de travail jusqu'au 30 septembre 2013.
18. En date du 21 août 2013, l'assuré a formé opposition contre la décision précitée de la SUVA, au motif qu'il souffrait encore des séquelles de l'accident et qu'il était ainsi dans l'incapacité de reprendre une activité professionnelle.
19. Dans un rapport intermédiaire du 22 août 2013, le docteur K_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué qu'il n'avait vu l'assuré qu'une seule fois à sa consultation, le 19 juin 2013. Il relevait que ce dernier n'avait pas de séquelle apparente et que le pronostic était à priori bon. La suite du traitement était à convenir avec les médecins traitants de l'assuré. Pour le surplus, il se référait au dernier rapport du Dr G_____.

20. Par avis du 30 septembre 2013, la doctoresse R_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a maintenu l'appréciation médicale du Dr J_____ du 7 août 2013, d'autant plus qu'elle constatait que l'IRM réalisée le 8 juillet 2013 montrait des lésions (atrophie) qui n'étaient pas en relation avec un traumatisme.
21. Par certificats médicaux des 30 septembre, 31 octobre et 29 novembre 2013, le Dr K_____ a prolongé l'incapacité de travail de l'assuré à 100% jusqu'à la fin de l'année 2013, avant de la ramener à 50% à compter du 1^{er} janvier 2014, selon certificats médicaux des 2 janvier et 28 février 2014.
22. Le 22 janvier 2014, sur demande de la SUVA, le Dr G_____ a transmis le rapport de l'IRM cérébrale effectuée le 8 juillet 2013 par le docteur L_____, spécialiste FMH en radiologie, laquelle avait révélé une démyélinisation ischémique de grade II avec atrophie cortico-sous-corticale, ainsi qu'une ancienne lacune d'infarctissement au sein de la protubérance annulaire gauche. Il n'y avait par contre pas d'effet de masse, ni de déplacement de la ligne médiane, et pas de dilatation anévrysmale, ni de shunt artério-veineux.
23. Par requête du 12 février 2014 à son centre de compétences, la SUVA a décidé de solliciter une nouvelle appréciation neurologique sur le cas de l'assuré. Elle remarquait notamment, dans cette requête, que les médecins de la CRR n'avaient pas eu connaissance des résultats de l'IRM du 8 juillet 2013 lors de leur évaluation interdisciplinaire du 18 juillet 2013.
24. Dans un rapport du 17 mars 2014, le docteur M_____, spécialiste FMH en neurologie auprès du centre de compétences de la SUVA, posait comme diagnostics en lien avec l'accident, un traumatisme cranio-cérébral léger du 28 janvier 2013, selon les critères de la Fédération européenne des sociétés de neurologie (EFNS), une hémorragie sous-arachnoïdienne de nature traumatique de la région frontale, plus marquée à gauche qu'à droite, des céphalées post-traumatiques chroniques (ICHD : 5. 2.1) et une suspicion de céphalées par abus d'antalgiques, suite à la prise de paracétamol (ICHD : 8.2.3.1). Il retenait, en revanche, comme diagnostics sans lien avec l'accident, une encéphalopathie sous-corticale artériosclérotique, une maladie coronarienne avec status après infarctus du myocarde et implantation d'un stent en 2011, une hypertension artérielle et du tabagisme jusqu'en 2011. Dans ses conclusions, le Dr M_____ observait que l'assuré avait développé des céphalées post-traumatiques aiguës après une lésion cérébrale traumatique légère et qu'elles étaient devenues chroniques, selon les critères opérationnels figurant dans la classification internationale des maux de tête (ICHD), celles-ci étant apparues dans un délai de sept jours après l'évènement traumatique et ayant persisté plus de trois mois après l'évènement. Or, il remarquait que, généralement, l'on pouvait partir du principe que ces symptômes inhérents à une lésion cérébrale traumatique régressaient et disparaissaient après une brève période. A son sens, un abus d'antalgiques (paracétamol) devait être retenu. Toutefois, il relevait qu'une anamnèse médicamenteuse précise n'avait pas été recueillie. De plus, le praticien

remarquait que les signes évocateurs d'une généralisation des douleurs étaient apparus à partir du 30 mai 2013 et que des nouveaux symptômes, tels que des vertiges et des troubles de la concentration, qui n'avaient pu être objectivés sur le plan neuropsychologique ou neurologique, étaient documentés depuis le mois de juin 2013. Dès lors, un lien de causalité entre ces troubles et l'événement accidentel n'était pas vraisemblable, car ils n'étaient apparus qu'après une longue période de latence suivant l'accident. En outre, le Dr M_____ relevait que les différentes séquences d'IRM à disposition ne mettaient pas en évidence des modifications durables de la substance cérébrale d'origine traumatique. Tant l'atrophie cérébrale décrite, dont le degré dépassait celui auquel on pouvait s'attendre en raison de l'âge de l'assuré, que les altérations marquées de la substance blanche étaient en effet préexistantes et n'avaient aucun lien avec l'accident. Enfin, il rappelait que l'examen de l'assuré à la CRR n'avait révélé aucun trouble cognitif ou psychiatrique significatif. Or, en l'absence de telles atteintes, des céphalées post-traumatiques n'entraînaient pas en soi de diminution de l'aptitude au travail de l'assuré. Partant, au vu des résultats disponibles et des arguments précités, des modifications de nature organique permettant d'expliquer les troubles de l'assuré avec un lien de causalité de vraisemblance prépondérante ne pouvaient être mises en évidence. Toutefois, l'examineur relevait qu'il n'était pas indispensable que de telles altérations existent pour que des maux de tête post-traumatiques se manifestent. En effet, il rappelait que le diagnostic de céphalées post-traumatiques, dont le caractère était opérationnel, n'était retenu que sur la base de critères temporels après avoir exclu d'autres causes. Par contre, la réactivation de troubles préexistants de la région du dos et de la nuque, après un intervalle libre de plusieurs mois, ne pouvait être interprétée comme un processus faisant suite à l'accident. Les examens neurologiques et neuropsychologiques effectués à la CRR n'avaient pas permis de déceler des motifs objectifs aux troubles vertigineux et aux difficultés de concentration rapportés par l'assuré. Les résultats recueillis lors de l'examen à la CRR, de même que l'évaluation de la capacité de rendement extrêmement faible, ne pouvaient s'expliquer par une lésion cérébrale traumatique légère. Cela étant, le praticien recommandait la réalisation d'une IRM cranio-cérébrale supplémentaire pour clarifier le cas et le clôturer. Il relevait qu'aux fins de satisfaire aux standards requis en cas de lésion cérébrale traumatique, cet examen devait comporter des séquences sensibles à l'héméosidérine, qui n'avaient pas été effectuées jusqu'ici. Par ailleurs, il sollicitait les imageries déjà réalisées à ce jour et proposait de prendre position de manière conclusive sur le cas à réception des résultats de l'IRM prescrit et du dossier radiologique.

25. Par certificat médical du 31 mars 2014, le Dr K_____ estimait toujours l'incapacité de travail de l'assuré à 50% jusqu'au 30 avril 2014.
26. Le 10 avril 2014, l'IRM cérébrale avec séquences sensibles à l'héméosidérine préconisée par le Dr M_____ a été effectuée par la doctoresse N_____, spécialiste FMH en radiologie. Elle a mis en évidence des anomalies de signal de la

substance blanche supra-tentorielle bilatérale, aspécifiques, possiblement de nature vasculaire chronique – à confronter aux facteurs de risques cardiovasculaires, une minuscule lésion lacunaire au niveau du pons, latéralisée à gauche. En outre, quatre petites anomalies de signal punctiformes ont été objectivées, dont trois à gauche, visibles sur la séquence T2*, compatibles avec des micro-foyers d'hémosidérine (pouvant correspondre à des micro-saignements). Pour le reste, il n'y avait pas de collection extra parenchymateuse, mais une déviation septale gauche.

27. Par certificats médicaux des 2 et 30 mai 2014, le Dr K_____ maintenait une incapacité de travail de l'assuré à 50% jusqu'au 30 juin 2014.
28. En date du 26 juin 2014, le Dr M_____ a rendu son appréciation neurologique finale. Il observait que l'IRM complémentaire réalisée le 10 avril 2014 permettait de confirmer la présence de microhémorragies minuscules localisées dans la région du cortex insulaire, du lobe temporal médial et du lobe occipital. Les modifications décrites pouvaient correspondre à des lésions par cisaillement minimales survenues dans le contexte de l'événement accidentel. Une lame hémorragique sous-arachnoïdienne particulièrement fine, localisée dans la région frontale supérieure et dans la fissure interhémisphérique du côté gauche, avait d'ailleurs déjà été mise en évidence à l'époque de l'accident. L'examen réalisé confirmait donc le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral léger, selon des critères cliniques. Seules les microhémorragies minuscules des deux hémisphères cérébraux complétaient les constatations déjà connues. Toutefois, le praticien relevait que ce diagnostic supplémentaire n'était pas à même de modifier ses précédentes conclusions. En effet, tant l'intensité que le caractère des céphalées post-traumatiques de l'assuré n'avaient pas de corrélation claire avec la localisation de lésions éventuelles, ni avec la gravité de l'événement accidentel. La liste des diagnostics en lien avec l'accident devait ainsi être complétée des microhémorragies de la région de l'hémisphère gauche, s'ajoutant à l'hémorragie sous-arachnoïdienne de la région frontale, plus accentuée à gauche qu'à droite. En conclusion, le Dr M_____ retenait que les troubles de l'assuré n'avaient pas de lien de causalité de vraisemblance prépondérante avec l'événement accidentel, même en tenant compte des résultats de la dernière IRM. Il relevait que pour évaluer les maux de tête post-traumatiques, il n'était pas indispensable que des modifications structurelles soient identifiables. En effet, il rappelait que le diagnostic de céphalées était opérationnel et qu'il n'était retenu que sur la base de critères temporels, après avoir exclu d'autres causes. De même, la réactivation de troubles préexistants de la région du dos et de la nuque n'avait pas de lien avec l'accident. Enfin, la réduction des performances de l'assuré constatée lors de son évaluation à la CRR ne pouvait pas s'expliquer par une lésion cérébrale traumatique légère.
29. Par certificats médicaux des 1^{er} juillet et 4 août 2014, le Dr K_____ attestait d'une incapacité de travail de l'assuré à 50% jusqu'au 31 août 2014.
30. Par décision du 5 août 2014, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa prise de position du 13 août 2013, en se fondant principalement sur les

conclusions du Dr M_____. Elle retenait qu'à l'aune des investigations menées sur les plans clinique et radiologique, les troubles affectant l'assuré ne pouvaient plus être mis en rapport avec la chute survenue le 22 janvier 2013, de sorte qu'il ne pouvait être considéré qu'il subsistait des séquelles de l'accident assuré au-delà du 31 août 2013.

31. Le 10 septembre 2014, l'assuré, représenté par l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (APAS), a interjeté recours, concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise neurologique et cardiologique, et principalement, avec suite de dépens, à l'annulation de cette décision et à la poursuite de la prise en charge de la SUVA. En substance, le recourant contestait l'appréciation du Dr M_____. Il remarquait, de prime abord, que ce médecin ne déniait pas clairement un lien de causalité entre l'accident et les céphalées, admettant leur caractère post-traumatique. De plus, le Dr M_____ indiquait qu'il n'était pas indispensable que des altérations de nature organique existent pour que des maux de tête post-traumatiques se manifestent et rappelait que le diagnostic de céphalées post-traumatiques n'était retenu que sur la base de critères temporels après avoir exclu d'autres causes. Dans son rapport du 26 juin 2014, ledit praticien ne mentionnait d'ailleurs pas les céphalées post-traumatiques chroniques parmi les diagnostics sans lien avec l'accident. S'agissant de la supposition selon laquelle il y aurait eu abus d'antalgiques, il relevait qu'elle était peu vraisemblable, dans la mesure où ses céphalées étaient apparues avant son long traitement au paracétamol. En outre, lors de son séjour à la CRR, il lui avait été recommandé d'augmenter la dose d'antidouleurs. Une origine ischémique n'était pas non plus vraisemblable, dès lors que l'évènement cardiaque de 2011 avait évolué sans complications. De surcroît, il résultait d'un certificat médical établi par le Dr E_____ le 27 août 2014, produit par le recourant, que son affection cérébrale n'était pas en lien avec une atteinte cardiaque. Quant à l'hypothèse des problèmes psycho-sociaux également évoquée, tant par le Dr M_____ que les examinateurs de la CRR, il remarquait qu'elle n'était que pure conjecture, dans la mesure où il s'agissait de critères communs à de très nombreux assurés et qu'il n'était pas notoire que ce genre de problèmes provoque des céphalées douloureuses et chroniques. Ainsi, les hypothèses évoquées par le Dr M_____ n'étaient pas convaincantes. Selon le principe de la vraisemblance prépondérante et compte tenu du fait que les céphalées étaient étroitement liées dans le temps à l'accident, un lien de causalité était donné. De plus, un doute existait quant à l'impartialité du Dr M_____, en tant que médecin interne à la SUVA. Ainsi, la mise en œuvre d'une expertise neurologique et cardiologique indépendante se justifiait à tout le moins. Quoi qu'il en soit, le recourant soutenait, pour sa part, présenter des troubles d'origine cérébrale objectivés par imageries et relevait que leur origine accidentelle était niée par l'intimée, sans qu'une autre explication plausible ne puisse toutefois être apportée.
32. Dans sa réponse du 10 octobre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours, rappelant qu'aucune lésion traumatique n'avait pu être réellement mise en relation

avec l'accident et que la chronicisation des troubles présentés par l'assuré ne pouvait être expliquée, dès lors que ceux-ci auraient dû régresser. Sur le plan médical, l'origine objective de ces troubles n'avait ainsi pas pu être déterminée. En revanche, d'autres causes, sans lien avec l'accident, pouvaient les expliquer, telles que la réactivation de troubles préexistants dans la région du dos et de la nuque, l'âge de l'assuré et les facteurs psychosociaux évoqués.

33. Par réplique du 29 octobre 2014, le recourant a persisté dans ses conclusions, après avoir constaté que l'intimée n'avait apporté aucun élément nouveau et n'avait pas répondu aux questions soulevées dans son recours. De plus, il relevait, quant au fait que l'intimée objecte qu'une origine des troubles n'avait pu être établie, que le Dr M_____ avait expliqué, dans son rapport du 17 mars 2014, qu'il n'était pas indispensable que des altérations de nature organique existent pour que des maux de tête post-traumatiques se manifestent, étant rappelé que le diagnostic de céphalées post-traumatiques, dont le caractère était opérationnel, n'était retenu que sur la base de critères temporels, après avoir exclu d'autres causes.
34. Le 17 avril 2015, à la demande de la chambre de céans, et avec copie au recourant, l'intimée a encore produit les documents suivants, auxquels se référait l'évaluation interdisciplinaire du 18 juillet 2013 :
- le rapport d'évaluation des capacités fonctionnelles (version courte) du 16 juillet 2013, établi par Madame O_____, physiothérapeute à la CRR, observant une autolimitation du recourant lors des tests, ainsi qu'une boiterie, une diminution du balancement des membres supérieurs à la marche, des mouvements précautionneux et lents, des frottements/soutiens de la zone douloureuse, des mimiques douloureuses, des soupirs, des plaintes de douleurs très fréquentes/spontanées. La praticienne indiquait notamment que la volonté du recourant de donner le maximum aux différents tests avait été insuffisante et que le niveau de cohérence pendant l'évaluation avait été faible ;
 - le rapport d'évaluation psychiatrique du 17 juillet 2013, établi par la doctoresse P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et en psychothérapie auprès de la CRR, ne retenant pas de diagnostic psychiatrique, bien qu'une certaine inquiétude du recourant pour sa santé était relevée depuis son infarctus en 2011 et avait été quelque peu exacerbée par l'accident. La praticienne soulignait une situation socio-professionnelle problématique depuis plusieurs années, avec la perte d'un emploi stable et un divorce, ayant notamment entraîné une perte de confiance et un désinvestissement progressif sur le plan professionnel. Ainsi, c'était dans un contexte déjà défavorable, aggravé par la survenue du problème cardiaque, que le processus d'invalidation avait, en quelque sorte, été sanctionné par l'accident. A son sens, la situation ne requérait pas de suivi spécifique sur le plan psychiatrique, mais l'intégration de l'assuré dans un programme de réadaptation cardio-vasculaire était recommandée pour la reprise de confiance ;

- le rapport d'examen neuropsychologique du 18 juillet 2013, établi par la doctoresse Q_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie à la CRR, concluant principalement à l'absence d'atteinte centrale ;
- le rapport d'examen neurologique du 19 juillet 2013, établi par le docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie à la CRR, indiquant que l'examen neurologique effectué ne montrait pas de signe d'atteinte centrale. La question de l'existence d'une légère polyneuropathie sensitive longueur dépendante pouvait cependant se poser. Vu la surcharge pondérale de l'assuré, le praticien recommandait la recherche d'un diabète, ainsi qu'un bilan complémentaire large à la recherche d'une autre cause à ses troubles. Il relevait encore que les céphalées étaient d'origine post-traumatique, qu'elles étaient bien connues après des hémorragies telles que celles subies par l'assuré et qu'elles répondaient favorablement à la prise de Dafalgan. A son sens, le traitement pouvait être majoré par la prise de Co-Dafalgan ou de Tramal. Quant aux vertiges également présentés par l'assuré, le praticien indiquait que les manœuvres de positionnement et l'examen otoneurologique pratiqués n'avaient pas démontré de déficit focal. Il s'agissait ainsi probablement d'une contusion labyrinthique qui évoluait favorablement. Pour le reste, le Dr H_____ relevait que l'assuré ne démontrait aucune instabilité lors des changements de position à l'examen.

35. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, étant donné la période de suspension des délais courant du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA), le recours du 10 septembre 2014, contre la décision litigieuse du 5 août 2014, est recevable en vertu des articles 56ss LPGA.

4. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin à ses prestations au 31 août 2013, singulièrement si, postérieurement à cette date, les troubles présentés par le recourant sont toujours en lien de causalité avec l'accident du 22 janvier 2013.
5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend 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).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

6. a) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

b) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un

tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type «coup du lapin» justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin» - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

Sont considérés comme objectivables, les résultats de l'investigation (médicale) susceptibles d'être confirmés en cas de répétition de l'examen, lorsqu'ils sont indépendants de la personne de l'examineur ainsi que des indications données par le patient. On ne peut parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 6 et la jurisprudence citée).

7. a) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 117 V 359 consid. 6a ; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2 ; sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb).

b) Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un

déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 115 V 133 consid. 6). 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 (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 117 V 359 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.428/06 du 30 octobre 2008 consid. 4.2). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b).

Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2):

- 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;
- et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques: ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; ATF 117 V 369 consid. 4b).

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 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références).

8. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).
9. a) L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 117 V 359 consid. 4b).

Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous

les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4).

Le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type «coup du lapin», l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident (ATF 134 V 109 consid. 9.5).

Une expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

10. a) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

b) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la

fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

c) Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

e) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), 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. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

11. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des

assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

b) La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

c) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'en 2011, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'administration ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

12. En l'espèce, il n'est pas contesté, ni contestable, que le recourant a été victime d'un accident en date du 22 janvier 2013, lui ayant principalement causé une hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique frontale gauche, objectivée par scanners cérébraux des 28 et 29 janvier 2013, et qu'il a, de ce fait, commencé à souffrir de céphalées post-traumatiques totalement incapacitantes.

En effet, dans leur rapport du 29 janvier 2013, les Drs C_____ et D_____ ont posé comme diagnostic principal une hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique frontale gauche (S06.06) et, comme diagnostic secondaire, un hématome sous-dural

(S06.33). Ils ont constaté que le recourant se plaignait alors de céphalées en casque et était dans l'incapacité totale de travailler.

Le scanner cérébral du 28 janvier 2013 avait, en particulier, mis en évidence une lame de saignement sous-arachnoïdien frontale supérieure gauche et inter-hémisphérique (contrecoup), sans fracture. Le scanner du 29 janvier 2013 était superposable.

Dans un avis du 21 février 2013, le Dr F_____ a admis que les troubles relevés dans le rapport précité du 29 janvier 2013 étaient en rapport avec les conséquences de l'accident du 22 janvier 2013. L'intimée a ainsi, dans un premier temps, accepté de prendre en charge le cas du recourant à compter du 25 janvier 2013.

Par la suite, en particulier, dans des rapports des 27 février et 25 mars 2013, le Dr G_____, neurologue traitant du recourant, retenait le diagnostic de céphalées post-traumatiques avec une hémorragie sous-arachnoïdienne frontale gauche démontrée au scanner et observait un spasme hémifacial gauche intermittent. Dans des rapports consécutifs des 30 avril, 31 mai, 27 juin et 16 août 2013, outre une chronicisation des céphalées, il constatait notamment l'apparition de cervicalgies, de lombalgies, de vertiges, de nausées et de troubles de la concentration. De ce fait, le praticien a régulièrement attesté d'une incapacité de travail totale du recourant.

Toutefois, l'intimée a considéré que les troubles du recourant n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 22 janvier 2013 au-delà du 31 août 2013, essentiellement sur la base des appréciations de son médecin-conseil, le Dr M_____, des 17 mars et 26 juin 2014.

Le recourant soutient, quant à lui, encore présenter des troubles après la fin août 2013 en raison de l'accident survenu et conteste, en ce sens, les conclusions du Dr M_____.

Est ainsi litigieuse la question de savoir si, postérieurement au 31 août 2013, le recourant présente des troubles persistants en relation de causalité, naturelle et adéquate, avec l'accident du 22 janvier 2013, afin de déterminer si l'intimée était encore tenue à prestations envers le recourant après la fin août 2013.

13. a) L'examen de la causalité naturelle découlant d'une appréciation médicale de la situation, il convient d'examiner, de prime abord, la valeur probante des rapports du Dr M_____, sur lesquels l'intimée s'est basée pour dénier au recourant ses prestations.

D'un point de vue formel, il sied de constater que les rapports du Dr M_____ des 17 mars et 26 juin 2014 se basent sur un examen complet du dossier du recourant, une anamnèse détaillée, renvoyant aux différentes appréciations médicales rendues après un examen personnel du recourant et tenant compte des indications subjectives de ce dernier, et qu'ils contiennent une appréciation du cas, ainsi que des conclusions. Dès lors, quand bien même le Dr M_____ n'a pas personnellement examiné le recourant, les examens sur lesquels il se fonde sont

suffisants pour ne pas entacher formellement la valeur probante de ses rapports, conformément à la jurisprudence citée.

b) Toutefois, d'un point de vue matériel, il sied d'observer que les conclusions du Dr M_____ ne sont pas convaincantes, voire contradictoires, sur plusieurs points.

En premier lieu, dans son appréciation du 17 mars 2014, le Dr M_____ retient notamment, comme diagnostic en lien avec l'accident, des céphalées post-traumatiques chroniques, alors qu'il explique que la chronicisation des céphalées dont souffre le recourant ne peut plus être mise en lien avec la lésion cérébrale traumatique subie, qui doit être qualifiée de légèrè.

En second lieu, quand bien même le médecin-conseil relève la présence de lésions objectivables par imageries médicales, il nie que celles-ci soient consécutives à l'accident et/ou responsables de la symptomatologie présentée par le recourant, sans le justifier de manière convaincante.

En effet, d'une part, une démyélinisation ischémique de grade II avec atrophie cortico-sous-corticale a été révélée sur l'IRM du 8 juillet 2013. A ce propos, le Dr M_____ affirme que l'élargissement des ventricules cérébraux et de l'espace sous-arachnoïdien, évocateur d'une atrophie cérébrale, qui apparaît sur cette IRM, était déjà décelable sur le scanner du 28 janvier 2013 et préexistait à l'accident. Cependant, ces constatations ne ressortent nullement du rapport établi à la suite de ce scanner, ni d'un autre avis médical. Le Dr M_____ justifie cela par le fait que le scanner du 28 janvier 2013 s'était concentré sur la recherche de signes d'hémorragies intracrâniennes. Toutefois, il y a lieu de constater que, dans son rapport du 27 juin 2013, à la suite duquel l'IRM du 8 juillet 2013 a été réalisée, le Dr G_____ recommandait de réévaluer la situation du recourant sur le plan radiologique, compte tenu de l'hémorragie sous-arachnoïdienne visible sur les précédents scanners. Ainsi, il n'entendait pas mener une recherche plus vaste que celle précédemment effectuée par le scanner du 28 janvier 2013 en sollicitant l'IRM du 8 juillet 2013, laquelle a pourtant mis en exergue ladite atrophie. Le Dr M_____ soutient, par ailleurs, qu'un tel processus d'atrophie se développant durant plusieurs mois, voire plusieurs années, sur un plan strictement temporel, l'atrophie mise en évidence ne peut être consécutive à l'évènement accidentel. Dans le même temps, il admet que le degré d'atrophie cérébrale dépasse celui auquel on peut s'attendre au vu de l'âge de l'assuré. Pour le reste, selon le praticien, les autres particularités, telles que les vaisseaux intracrâniens spontanément hyperdenses et la démyélinisation étendue de la substance blanche ne font pas suite à une lésion traumatique cérébrale, mais reflètent la maladie vasculaire athérosclérotique généralisée documentée chez le recourant, celui-ci ayant été victime d'un infarctus du myocarde en 2011. On relèvera, cependant, que si l'IRM du 8 juillet 2013 mentionne une « ancienne » lacune d'infarctissement au sein de la protubérance annulaire gauche, il indique révéler une démyélinisation ischémique de grade II avec atrophie cortico-sous-corticale. Dès lors, dans la mesure où ce dernier diagnostic est visible sur l'IRM du 8 juillet 2013, alors qu'il ne semble pas avoir été

objectivé auparavant, un doute raisonnable existe quant à un lien entre cette démyélinisation ischémique de grade II avec atrophie cortico-sous-corticale et l'accident.

D'autre part, des microhémorragies demeurent visibles sur l'IRM du 10 avril 2014. A cet égard, le Dr M_____ indique lui-même que les modifications décrites peuvent correspondre à des lésions par cisaillement minimales survenues dans le contexte de l'évènement accidentel, une lame hémorragique sous-arachnoïdienne ayant déjà été mise en évidence à l'époque de l'accident. Il avait alors été admis qu'une telle lésion hémorragique était de nature à provoquer des céphalées post-traumatiques. Certes, le praticien explique que tant l'intensité que le caractère des céphalées post-traumatiques n'ont pas de corrélation claire avec la localisation de lésions éventuelles, ni avec la gravité de l'évènement accidentel. Toutefois, il n'indique pas non plus si le fait que de telles lésions puissent encore être objectivées est normal et quelle peut être leur incidence. Par ailleurs, on relèvera qu'il ressort de l'appréciation de l'IRM du 10 avril 2014 faite par le Dr M_____ que les modifications décrites sont plus précisément localisées dans la région du cortex insulaire gauche, du lobe temporal médial et du lobe occipital gauche, alors que l'hémorragie sous arachnoïdienne de nature traumatique de la région frontale initialement diagnostiquée était également plus marquée à gauche qu'à droite. Enfin, le fait que de telles hémorragies n'étaient pas visibles sur l'IRM du 8 juillet 2013 est peu relevant, étant donné que cette IRM n'a pas été réalisée avec des séquences sensibles à l'hémosidérine, contrairement à l'IRM du 10 avril 2014, raison pour laquelle le Dr M_____ a d'ailleurs sollicité ce dernier examen.

Aussi, au vu du dossier et des explications du Dr M_____, la chambre de céans est d'avis que l'existence d'une lésion organique consécutive à l'accident, postérieurement à la fin août 2013, ne peut pas être exclue au degré de vraisemblance requis. En outre, quand bien même les lésions constatées seraient des atteintes préexistantes, le praticien devait se prononcer sur leur éventuelle aggravation, ensuite de l'accident, et le statu quo ante/sine de ces lésions.

Par ailleurs, le Dr M_____ exclut d'emblée tout lien de causalité entre l'accident et les troubles apparus plus tardivement, à savoir notamment les cervicalgies signalées à compter de la fin avril 2013 et les vertiges, nausées et troubles de la concentration relevés dès la fin juin 2013, compte tenu de la période de latence intervenue entre les deux.

Or, de telles plaintes appartiennent, avec les céphalées qui sont apparues immédiatement, au tableau clinique typique d'un traumatisme crânio-cérébral et, à cet égard, selon la jurisprudence, il n'est pas nécessaire que tous les symptômes apparaissent immédiatement après l'évènement accidentel. Dès lors, le médecin-conseil se devait d'examiner l'éventuel lien entre ces plaintes et les lésions constatées.

Enfin, en dernier lieu, dans son appréciation du 17 mars 2014, le Dr M_____ explique que, d'après les critères établis par la Société internationale des céphalées (SIC), il y a lieu de retenir chez le recourant des céphalées par abus d'antalgiques, du point de vue du diagnostic différentiel. Il indique parvenir à cette conclusion en tenant compte de la fréquence des maux de têtes et des doses de médicaments absorbées par le recourant. Toutefois, il relativise par la suite cette conclusion en indiquant qu'un abus d'antalgiques (paracétamol) ne peut être exclu sur la base des documents à disposition, tout en reconnaissant qu'une anamnèse médicamenteuse précise n'a cependant pas été recueillie. Au demeurant, il soulignait précédemment que les effets du traitement instauré font partie des facteurs d'origine accidentelle. Quoi qu'il en soit, le Dr M_____ retient, parmi les diagnostics en lien avec l'accident, tant des céphalées post-traumatiques chroniques qu'une suspicion de céphalées par abus d'antalgiques suite à la prise de paracétamol, ce qui est incohérent.

Compte tenu de ce qui précède, les conclusions du Dr M_____ apparaissent pour le moins contradictoires, voire incohérentes, de sorte qu'elles sont dénuées de valeur probante et ne sauraient être suivies.

14. Préalablement aux appréciations du Dr M_____, l'évaluation interdisciplinaire effectuée le 18 juillet 2013 retenait le diagnostic primaire de traumatisme crânio-cérébral le 22 janvier 2013 avec hémorragie sous-arachnoïdienne (S06.79).

Elle concluait notamment à un examen physique sans grande particularité et, sur le plan neurologique, à l'absence de signe d'atteinte cérébrale.

Toutefois, il ressort de cette évaluation et du dossier, que les évaluateurs n'ont en particulier pas disposé du rapport du Dr G_____ du 27 juin 2013 et de l'IRM cérébrale du 8 juillet 2013.

Aussi, les conclusions de cette évaluation doivent également être relativisées.

15. Pour le reste, le recourant a régulièrement été suivi par le Dr G_____ sur le plan neurologique.

Dans des rapports des 27 février, 25 mars, 30 avril, 31 mai, 27 juin et 16 août 2013, le Dr G_____ a notamment attesté de l'existence de céphalées post-traumatiques, à la suite d'une hémorragie sous-arachnoïdienne frontale gauche démontrée au scanner, et de leur chronicisation.

Contrairement au Dr M_____, dans son rapport 25 mars 2013, le praticien jugeait que le traumatisme avait été important. Dans des rapports des 31 mai, 27 juin et 16 août 2013 le praticien a, en outre, fait état de la présence de lombalgies, de cervicalgies, de vertiges, de nausées et de troubles de la concentration. En particulier, dans son rapport du 16 août 2013, le Dr G_____ relevait qu'un scanner avait montré une hémorragie sous-arachnoïdienne et que l'IRM cérébrale du 8 juillet 2013 montrait des anomalies de signaux de la substance blanche d'allure ischémique.

Cela étant, le médecin traitant ne s'est pas expressément prononcé sur le lien de causalité entre la persistance des troubles constatés, les constatations radiologiques effectuées, et l'accident dont il est question, de sorte qu'aucune conclusion ne peut aussi être tirée à ce propos de ses rapports.

16. Par conséquent, force est de constater que les renseignements médicaux figurant au dossier ne permettent pas d'établir à satisfaction de droit, au degré de vraisemblance requis, l'absence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles persistants du recourant au-delà du 31 août 2013.

Dans ces conditions, une instruction complémentaire s'avère nécessaire. En particulier, il convient d'ordonner une expertise, telle que sollicitée par le recourant, laquelle devra être réalisée par un neurologue, un spécialiste en imagerie médicale et un cardiologue indépendants ou tout autre spécialiste, compte tenu des troubles manifestés par le recourant, étant relevé, que l'existence d'un trouble psychiatrique n'est ni établie, ni alléguée.

En outre, la chambre de céans observe que préalablement, il serait également utile de compléter l'instruction d'éventuels rapports complémentaires des médecins traitants du recourant, étant relevé que le dernier rapport du Dr G_____ versé à la procédure date du 16 août 2013, alors que la décision attaquée a été rendue le 5 août 2014.

Par ailleurs, le dossier contient des certificats médicaux du Dr K_____, attestant d'une incapacité totale de travail du recourant du 30 septembre au 31 décembre 2013, puis d'une incapacité partielle à compter du 1^{er} janvier 2014, sans que ses conclusions médicales ne soient connues. Il conviendrait donc également de les solliciter.

Encore, il apparaîtrait nécessaire de connaître les conclusions du scanner comparatif du 18 mars 2012, auquel se réfère le scanner du 28 janvier 2013, afin d'être dûment renseignés sur les éventuelles pathologies préexistantes du recourant.

La chambre de céans n'étant pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, la cause sera ainsi renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction.

17. Le recours sera partiellement admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
18. Le recourant étant représenté et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera allouée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition de l'intimée du 5 août 2014.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de procédure de CHF 1'500.-, au titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le