

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4258/2017

ATAS/60/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 janvier 2019

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié au PETIT-LANCY, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Eric BEAUMONT

recourant

contre

SUVA - CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS
D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1,
LUCERNE

intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Georges ZUFFEREY et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1977, travaillait depuis le 1^{er} mars 2016 en tant que monteur de meubles d'agencement pour la maison B_____ Sàrl. A ce titre, il était assuré contre les accidents – professionnels ou non – auprès de la caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'assurance).
2. Le 7 octobre 2015, à 6h54 du matin, un véhicule de marque BMW 325i arrivait depuis le boulevard du Pont d'Arve sur le pont des Acacias, à une vitesse inadaptée aux conditions de la route et de la circulation. Son conducteur a perdu la maîtrise du véhicule et ce dernier est parti en embardée sur la gauche de la chaussée. Il a alors traversé le site propre réservé aux trams ainsi que les voies de circulation en sens inverse et a violemment heurté l'avant droit de deux véhicules qui circulaient, en sens inverse, sur le pont des Acacias.

Lorsque la police est arrivée sur les lieux de l'accident, le conducteur semblait avoir disparu et l'assuré se trouvait sur le siège passager.

3. Une procédure pénale a été ouverte suite à cet accident.
4. L'assuré, qui se plaignait notamment de douleurs costales et lombaires ainsi que de douleurs à l'épaule et à la hanche droites, a été emmené aux urgences des hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

En raison notamment d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance, un scanner cérébral a été effectué. Il n'a démontré aucun saignement intracrânien.

Le scanner de la colonne cervicale a mis en évidence une fracture non déplacée de la cinquième vertèbre cervicale (S12.23).

Quant au scanner thoraco-abdominal, il n'a pas décelé de lésion post-traumatique à l'étage thoraco-abdomino-pelvien.

Compte tenu de ce qui précède, le diagnostic principal posé par les médecins du service des urgences a été celui de fracture de la vertèbre C5.

L'assuré a pu rentrer chez lui le jour-même, le traitement prescrit étant conservateur (port d'une minerve et antalgie).

5. Depuis cet accident, l'assuré est incapable de travailler.
6. La SUVA a pris en charge les suites de cet événement.
7. Le 24 novembre 2015, le docteur C_____, chef de clinique au service de neurochirurgie des HUG, a examiné l'assuré, lequel faisait état, d'une part, de fourmillements en région C5 à droite et, d'autre part, de douleurs essentiellement en début de matinée localisée au niveau de l'épaule droite. A l'examen clinique, il ne présentait pas de déficit moteur aux membres supérieurs ni aux membres inférieurs, ni de signes pyramidaux. La mobilisation de la tête de la colonne cervicale était bonne avec certainement un peu de limitations dues à l'immobilisation prolongée.

Après avoir pris connaissance du CT-scan du 17 novembre 2015 mettant en évidence une persistance du trait de fracture au niveau du pédoncule et du processus articulaire de C6 à droite, le médecin précité a conseillé à l'assuré de continuer à porter la minerve, sauf, s'il le souhaitait, pendant la nuit.

8. Le scanner de la colonne cervicale réalisé le 4 janvier 2016 a montré un processus de consolidation de la fracture toujours en cours avec une diastasis de 1mm au niveau de sa portion supérieure, stable. Aucun déplacement secondaire n'a été constaté.
9. Dès le 9 novembre 2015, l'assuré a été suivi par Monsieur D_____, psychologue spécialiste FSP en psychothérapie, lequel a expliqué, dans un courrier du 8 janvier 2016, que l'assuré lui avait indiqué souffrir d'amnésie. Outre les blessures physiques (vertèbre fissurée, dent morte et hématomes), il rapportait une reviviscence, sous forme de ruminations concernant l'accident et ses suites, des troubles du sommeil et un accroissement des migraines.
10. Le Dr C_____ a une nouvelle fois examiné l'assuré le 5 février 2016. A cette date, l'assuré relatait une amélioration globale de ses douleurs, hormis quelques fourmillements persistant au niveau du membre supérieur droit, sur un territoire que le médecin précité n'arrivait pas à cibler en termes de dermatome. Il n'y avait pas de déficit de force, de sensibilité ou encore de syndrome vertébral majeur. Le CT-scan du 4 janvier 2016 montrait un trait de fracture en voie de consolidation, sans déplacement et un bon alignement de toute la colonne cervicale. Une irritation radiculaire était possible au vu du processus de guérison de la fracture. Compte tenu de cette évolution favorable, le médecin précité préconisait un retour graduel au travail deux semaines plus tard environ. Enfin, il estimait que le suivi neurochirurgical était terminé.
11. Après cinq rendez-vous chez le psychologue, l'assuré a été suivi dès le 19 février 2016 par un psychiatre, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Selon le rapport de celui-ci, daté du 28 juin 2016 et ses courriers des 5 janvier et 13 décembre 2016, l'assuré souffrait alors d'une dépression moyenne, d'insomnies et de maux de tête, en sus de ses atteintes à la colonne cervicale et à l'épaule. Sous traitement médicamenteux, il avait fait des progrès s'agissant de sa dépression et de son insomnie. Ses maux de tête avaient lentement diminué, étant précisé qu'ils étaient différents de ceux qu'il avait connus par le passé. Monteur de meubles de profession, l'assuré bénéficiait d'un reclassement en tant que dessinateur, formation toujours en cours, malgré la persistance de ses maux de tête.
12. Les 9 mars et 4 mai 2016, l'assuré a été examiné par le docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie. Selon son rapport du 17 mai 2016, l'assuré se plaignait, depuis l'accident, de douleurs cervicales irradiant en hémicrânie droite et proximale au membre supérieur droit avec en particulier des douleurs de l'épaule. Les cervicalgies et les céphalées étaient permanentes, parfois très intenses,

partiellement soulagées par les antalgiques. Elles étaient parfois pulsatiles, souvent avec nausées mais rarement avec des vomissements. Il y avait une photo- et une phonophobie associées. De façon systématique, l'assuré présentait également des troubles de la mémoire et de la concentration modérés. Il souffrait d'un état anxio-dépressif pour lequel il était suivi par le Dr E_____. Au membre supérieur droit, l'assuré se plaignait de douleurs de l'épaule et parfois de paresthésies jusqu'au bout des doigts, sans territoire plus précis. L'examen clinique pratiqué par le Dr F_____ avait montré un syndrome vertébral cervical modéré, l'examen neurologique en lui-même étant normal.

13. A la demande du Dr F_____, une IRM cérébrale a été réalisée le 19 mai 2016. Selon le compte-rendu y relatif, il n'avait pas été possible de poursuivre l'examen après injection de gadolinium, l'assuré ressentant une chaleur diffuse au niveau de la tête. Cela étant, les examens qu'il avait été possible de faire n'avaient pas mis en évidence de collection juxta-durale ou d'ancienne lésion traumatique identifiable au niveau des étages sus et sous-tentorial du cerveau. L'IRM était dès lors dans les limites de la norme.
14. Le 26 mai 2016, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI).
15. Le Dr F_____ a revu l'assuré en contrôle le 1^{er} juin 2016. L'examen neurologique était inchangé par rapport à celui du mois de mai avec toujours un syndrome vertébral modéré avec des douleurs latéro-cervicales droites lors de l'examen à la mobilisation. L'assuré montrait les séquelles d'un traumatisme avec des douleurs cervicales et des céphalées et il n'était pas rare, au vu du traumatisme subi, que ces symptômes durent de nombreux mois. Le pronostic restait donc favorable.
16. Le 14 juin 2016, les médecins du service de médecine de premier recours ont rappelé le diagnostic de fracture non déplacée du processus articulaire droit de C5 et évoqué des céphalées associées persistantes. L'évolution était favorable.
17. Selon le Dr E_____, lors de la visite du 28 juin 2016, l'assuré allait beaucoup mieux, à l'exception des maux de têtes qui persistaient. L'épisode dépressif moyen était en phase de résolution.
18. L'IRM de la colonne cervicale réalisée le 15 juillet 2016 en raison de la persistance de céphalées avec douleurs cervicales et irradiations dans l'épaule droite n'a pas mis en évidence d'anomalies du plexus brachial décelables des deux côtés ou de troubles dégénératifs cervicaux.
19. La SUVA a soumis le dossier de l'assuré à son psychiatre conseil, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a considéré, dans une appréciation du 7 septembre 2016, qu'au vu du contexte général, il ne retenait pas de causalité naturelle, l'épisode dépressif étant plus lié au contexte légal et assécurologique, voire financier, puisque l'assuré allait probablement devoir subir pleinement les conséquences étant donné qu'il était à l'origine de

l'accident alors qu'il se trouvait sous le coup d'un retrait de permis et qu'il avait, de ce fait, procédé à une fausse déposition.

20. Dans le cadre d'une formation en dessin technique, l'OAI a pris en charge les frais pour un module d'introduction au dessin technique et à la lecture de plans, devant se dérouler du 22 septembre au 4 octobre 2016 (communication du 23 septembre 2016), les frais de deux cours d'informatique devant se dérouler du 13 octobre au 2 novembre 2016 (communication du 30 septembre 2016), une formation AutoCad devant se dérouler du 31 octobre au 23 décembre 2016 puis à nouveau du 9 janvier au 1^{er} mars 2017 (communications des 18 octobre et 19 décembre 2016) ainsi que les frais pour un module de cours « Xrefs – références externes » devant se tenir du 31 janvier au 3 février 2017 (communication du 24 janvier 2017).
21. Par décision du 12 octobre 2016, la SUVA a informé l'assuré qu'elle n'entendait pas servir de prestations en raison des troubles psychologiques, ceux-ci n'étant pas en lien de causalité à tout le moins probable avec l'accident assuré.

Suite à l'opposition de l'assuré, cette décision a été annulée.
22. Les 20 décembre 2016 et 17 janvier 2017, les médecins du service de médecine de premier recours des HUG ont évoqué un conflit sous-acromial et des céphalées, tous deux post-traumatiques. L'assuré récupérait très progressivement la mobilité de son épaule droite, le traitement consistant en de l'antalgie et de la physiothérapie. Il lui était toutefois impossible de reprendre son activité habituelle dans l'agencement de meubles en raison de son incapacité à porter des charges.
23. Dans leur rapport intermédiaire du 21 février 2017, les médecins du service de premier recours des HUG ont rappelé la fracture cervicale non déplacée. Depuis l'accident, l'assuré décrivait la persistance d'une douleur à la mobilisation active et passive de l'épaule droite, associée à des paresthésies dans le trapèze et sur le trajet radiculaire C8-T1 dans le bras droit. Contrairement à ce qui avait été le cas en septembre 2016, les médecins notaient une péjoration du status avec l'apparition d'une limitation de la rotation interne et de signes de conflit sous-acromial droit. Par ailleurs, l'assuré souffrait également de céphalées depuis l'accident du 7 octobre 2015.
24. L'assuré a été adressé à la doctoresse H_____, spécialiste de la douleur SSED, consultations pour douleurs chroniques, migraines et céphalées, laquelle a évoqué, suite à une consultation du 24 mars 2017, le diagnostic de céphalées cervicogéniques.
25. La SUVA a soumis le dossier à son médecin d'arrondissement, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a considéré, dans une appréciation du 30 mars 2017, qu'aucune évaluation clinique spécialisée de l'épaule droite n'avait été effectuée en 2015. Le dossier ne comportait pas non plus d'évaluation radiologique de cette épaule droite. Il invitait donc la SUVA à se renseigner auprès de l'assuré sur l'existence d'un bilan radiologique ou d'un suivi spécialisé par un chirurgien orthopédiste ou un médecin rééducateur pour son

problème d'épaule droite. En l'état, il devait toutefois être considéré qu'au plus tard six mois après l'événement traumatique, la symptomatologie de l'épaule droite n'était plus en lien de causalité à tout le moins probable avec l'événement assuré.

26. Le 3 avril 2017, la gestionnaire du dossier a relevé, dans une note interne, qu'au vu des factures produites, il n'y avait pas eu de radiographie de l'épaule.
27. Par décision du 13 avril 2017, la SUVA a mis un terme à ses prestations avec effet au 2 novembre 2016, dès lors qu'au plus tard six mois après l'accident, il n'y avait, selon son médecin d'arrondissement, plus de séquelles de l'accident nécessitant un traitement. Les troubles dont se plaignait encore l'assuré n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 7 octobre 2015 mais constituaient des suites d'une maladie, ne relevant pas de la compétence de la SUVA. Quant aux troubles psychogènes, ils n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident assuré.
28. Selon la feuille de synthèse du service de médecine de premier recours des HUG du 17 mai 2017, l'assuré était connu pour des migraines, progressivement plus fréquentes et plus importantes depuis début 2017, avec de la phonophobie, photophobie et vomissements. La douleur diminuait lorsqu'il s'allongeait. Il était suivi par le Dr F_____, qui avait fait procéder à une IRM cérébrale en juin 2016, laquelle s'était avérée sans problème. Lors d'un appel téléphonique, le Dr F_____ avait considéré que les céphalées, même à caractère migraineux, étaient très certainement en lien avec le choc lors de l'accident du 7 octobre 2015. Le diagnostic différentiel était celui de céphalées entretenues par les médicaments, céphalées de tension, migraines ou maux de tête post-accident de la voie publique (AVP). En juillet et août 2016, l'assuré avait évoqué une amélioration des douleurs. Celles-ci s'étaient cependant péjorées en novembre 2016, devant l'ordinateur. Il lui avait alors été suggéré de consulter un ophtalmologue. En cas de persistance des céphalées, il y aurait lieu de discuter avec la consultation de la douleur.
29. Sous la plume de son conseil, l'assuré s'est opposé, le 23 mai 2017, à la décision du 13 avril 2017, relevant qu'il souffrait notamment, dans les suites de l'accident, de céphalées cervicogéniques comme cela ressortait du rapport de la Dresse H_____ du 24 mars 2017, joint.
30. A teneur d'un rapport de la doctoresse I_____, généraliste FMH, daté du 13 septembre 2017, l'assuré souffrait actuellement de maux de tête chroniques, pour lesquels il avait été adressé à la Dresse H_____. Le bilan effectué par le Dr F_____ s'était avéré sans particularité. Les médecins de la médecine de premier recours avaient tout de même retenu une probable causalité entre lesdites céphalées et l'accident du 7 octobre 2015 ayant entraîné la fracture cervicale. L'assuré se plaignait également de douleurs chroniques au niveau de l'épaule droite avec une limitation dans l'exécution de certains mouvements et surtout lors du port de charges. Ces douleurs étaient apparues dans les suites directes de l'accident.
31. Par décision sur opposition du 18 septembre 2017, la SUVA a écarté l'opposition du 23 mai 2017 et a confirmé sa décision du 13 avril 2017. A titre liminaire,

l'assurance a rappelé que les troubles psychiques n'engageaient pas sa responsabilité, ce que l'assuré ne contestait du reste pas. En revanche, l'assuré prétendait souffrir de séquelles organiques sous la forme de céphalées cervicogéniques. Cependant, force était de constater que les examens pratiqués n'avaient pas montré de lésion accidentelle à l'exception de la fracture de la colonne cervicale, désormais consolidée et guérie sans séquelle. En particulier, ni l'IRM cérébrale du 19 mai 2016 ni l'IRM de la colonne cervicale du 15 juillet 2016 n'avaient décelé d'anomalies. Le bilan neurologique s'était également avéré normal. Quant à la symptomatologie de l'épaule droite, elle n'était plus en relation de causalité, pour le moins probable, avec l'accident selon le médecin d'arrondissement. Partant, c'était à juste titre qu'elle avait mis un terme à ses prestations avec effet au 2 novembre 2016.

32. Le 19 octobre 2017, l'assuré (ci-après : le recourant), sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition précitée, à la constatation de son droit aux prestations et notamment aux indemnités journalières et, subsidiairement, à l'inapplicabilité de l'art. 37 al. 2 LAA et à la constatation du fait que la restitution des prestations ne pouvait être exigée.

A l'appui de ses conclusions, le recourant a notamment relevé qu'il souffrait de plusieurs atteintes (traumatisme crânien avec perte de connaissance, douleurs de l'épaule droite, de la hanche et du gril costal, fracture non déplacée du processus articulaire droit C5, céphalées cervicogéniques) et que celles-ci étaient en lien de causalité avec l'accident assuré. Partant, il avait droit au versement d'indemnités journalières. Par ailleurs, l'art. 37 al. 2 LAA n'était pas applicable, dès lors qu'il n'avait commis aucune faute grave. Dans tous les cas, la restitution ne pouvait être demandée au vu de la situation financière difficile dans laquelle il se trouvait.

33. La SUVA (ci-après : l'intimée) a répondu le 18 décembre 2017 et a conclu au rejet du recours. Sur le fond, elle a, tout d'abord, considéré que la question de l'inapplicabilité de l'art. 37 al. 2 LAA et le fait qu'une restitution ne pouvait être demandée sortaient de l'objet du litige, de sorte que les conclusions y relatives devaient être déclarées irrecevables. La contestation ne portait ainsi que sur la poursuite du versement des prestations au-delà du 2 novembre 2016. L'intimée a également relevé que le recourant ne prétendait pas que les troubles psychiques engageaient sa responsabilité. En revanche, il concluait à un lien de causalité entre l'accident assuré et les céphalées cervicogéniques ainsi qu'avec les douleurs à l'épaule droite. Après avoir résumé les rapports pertinents, l'intimée a rappelé que la fracture du processus articulaire droit C5 s'était consolidée sans déplacement et qu'aucun autre trouble objectivable n'avait été mis en évidence, l'examen neurologique s'étant pour le surplus révélé normal.

34. Le recourant a répliqué en date du 18 janvier 2018. Après avoir développé des arguments relatifs à l'art. 37 al. 2 LAA et la prise en considération d'une faute grave, il a sollicité l'audition de ses deux médecins, les Drs I_____ et E_____ en

lien avec le rapport de causalité naturelle et adéquate. Enfin, il a produit une copie de l'expertise du centre universitaire romand de médecine légale (CMURL) établie dans le cadre de la procédure pénale, dans laquelle de nombreuses lésions avaient été mentionnées. Pour tous ces motifs, il persistait dans les conclusions de son recours.

35. Le 5 février 2018, l'intimée a produit sa duplique. La décision sur opposition querellée se limitait à trancher la question du maintien des prestations d'assurance au-delà du 2 novembre 2016 et non celle de la réduction de l'indemnité journalière au sens de l'art. 37 al. 2 LAA. Par ailleurs, l'expertise du CURML, produite à l'appui de la réplique, ne portait pas sur la question du maintien des prestations au-delà du 2 novembre 2016 s'agissant des troubles organiques (céphalées et douleurs à l'épaule droite). Enfin, l'intimée ne voyait pas en quoi l'audition des médecins traitants permettrait de résoudre le présent litige compte tenu des rapports déjà versés au dossier.
36. Une audience de comparution personnelle s'est tenue le 26 mars 2018.

A cette occasion, le recourant a expliqué qu'il avait sollicité des prestations de l'assurance-invalidité pour l'ensemble de ses problèmes de santé, à savoir ceux consécutifs à l'accident assuré et à un accident datant de 2013. Il était sorti de l'hôpital le jour-même et il n'avait pas été ré-hospitalisé par la suite mais il était retourné aux HUG à plusieurs reprises, en ambulatoire. Il considérait avoir été assez mal pris en charge par les HUG, dont les médecins n'avaient pas pris très au sérieux l'ensemble des douleurs dont il se plaignait après l'accident : épaule droite, hanche, nez. Il avait consulté des médecins au Portugal au sujet du nez et ceux-ci avaient constaté une déviation nasale, ce qui n'avait pas été remarqué par les médecins des HUG. S'agissant de l'épaule, rien n'avait réellement été entrepris. L'OAI avait financé trois cours de formation complémentaire en dessin technique. Il y avait participé mais avait toutefois rapidement ressenti des maux de tête importants et des nausées, dès qu'il se trouvait devant l'écran. Il était droitier mais n'avait pas de difficulté à effectuer des mouvements habituels et normaux, lorsque ceux-ci se faisaient sur l'avant du corps. En revanche, les mouvements vers l'arrière et le port de charges provoquaient des douleurs dans l'épaule, raison pour laquelle il portait désormais les charges avec le bras gauche. Il n'avait vu le Dr F_____ qu'une seule fois. A la fin de son examen, celui-ci lui avait indiqué que cela passerait avec le temps. Il avait ensuite consulté le docteur J_____, neurochirurgien, lequel l'avait adressé à la Dresse H_____, à l'Hôpital de la Tour. Il était toujours suivi par le Dr E_____, psychiatre, à raison d'une séance de quarante minutes une fois par mois. A cette occasion, ils discutaient de ses problèmes du moment, souvent en lien avec l'accident et le psychiatre examinait à chaque fois la question de la médication. Il ne prescrivait plus les médicaments donnés initialement mais de temps en temps un médicament pour se détendre.

Pour sa part, l'intimée a rappelé que la décision sur opposition ainsi que la décision qu'elle confirmait étaient basées sur les appréciations du Dr G_____ du

21 septembre 2016 et du Dr K_____ du 30 mars 2017. Les médecins précités avaient pris en compte l'ensemble des documents médicaux, notamment les rapports des HUG, et des autres médecins traitants du recourant ainsi que les documents radiologiques. Le Dr F_____ avait examiné le recourant à trois reprises et avait consigné ses constatations dans deux rapports. Il n'avait notamment pas relevé d'amyotrophie du membre supérieur droit.

Enfin, les parties ont convenu que le seul objet du recours concernait la question de la fin des prestations à compter du 2 novembre 2016.

37. Le 15 mai 2018, le recourant a produit un chargé comportant les pièces suivantes :

- Le jugement du Tribunal de police du 27 novembre 2017, reconnaissant le recourant coupable de lésions corporelles par négligence et de conduite sans autorisation. La juridiction précitée a également révoqué la libération conditionnelle octroyée le 12 septembre 2014 par le Tribunal d'application des peines et mesures de Sion et a condamné le recourant à une peine privative de liberté de 18 mois, avec sursis partiel à raison de neuf mois. A l'appui de sa décision, le Tribunal de police a notamment considéré que vu le faisceau d'indices concordants, il était établi, sans que ne subsiste de doute sérieux et insurmontable, que lors de l'accident du 7 octobre 2015, le recourant conduisait le véhicule incriminé, dont il avait perdu la maîtrise à cause d'une conduite inadaptée aux circonstances, mettant gravement en danger les autres usagers de la route. Par ailleurs, il conduisait alors qu'il était sous le coup d'un retrait de permis depuis le 7 mai 2010 pour une durée indéterminée.
- Un rapport d'expertise technique de circulation, daté du 27 janvier 2016, dont il ressort que le rapport de lésions traumatiques établi le 9 octobre 2015 n'avait pas permis de mettre en évidence des lésions confirmant la position du recourant au volant du véhicule. Cependant, en se basant sur les constatations relatives au déplacement du véhicule et en les recoupant avec les indices à disposition, tout laissait à penser que la personne retrouvée sur le siège passager était en réalité au volant du véhicule lors de l'accident.
- Un rapport médical en portugais daté du 2 mai 2018, établi par le docteur L_____, dont la spécialisation n'est pas précisée, et sa traduction libre, se prononçant sur les incapacités de travail telles que reconnues par le droit portugais liées aux accidents de 2013 et de 2015.
- Un rapport médical en portugais daté du 6 avril 2018 et sa traduction libre portant essentiellement sur des atteintes au genou.
- Le compte-rendu, en portugais, et sa traduction libre, relatifs à une IRM de l'épaule droite, du 21 mars 2018, évoquant une dysmorphie du labrum antérieur suspect de lésion traumatique.

- Le compte-rendu, en portugais, et sa traduction libre, relatifs à une CT-Scan des cavités péri-nasales, mettant en évidence la présence d'une déviation du septum à droite avec éperon homolatéral associé.
 - Le compte-rendu, en portugais, et sa traduction libre, relatifs à une radiographie de la colonne cervicale effectuée le 13 mars 2018, dont il ressort qu'il n'y avait pas de lésion ostéo-articulaire, ni de signe d'instabilité articulaire. La densité osseuse était normale.
 - Le compte-rendu, en portugais, et sa traduction libre, relatif à la radiographie du genou droit, effectuée le 9 mars 2018.
 - Le compte-rendu relatif à l'IRM cervicale et au CT-Scan complémentaire du 27 février 2017, évoquant un aspect discrètement irrégulier de la masse articulaire de la vertèbre C6 du côté droit compatible avec les stigmates d'un événement traumatique ancien, sans signes de complication, sans atteinte inflammatoire et sans signes indirects en faveur d'une atteinte ligamentaire. Aucun conflit radiculaire au niveau canalaire ou foraminaire n'avait été constaté ni aucune anomalie du cordon médullaire ou des espaces méningés.
 - Le compte-rendu relatif à l'IRM cérébrale du 19 mai 2016, réalisée en raison de céphalées persistantes suite à l'accident assuré, évoquant un examen dans les limites de la norme, sans collection juxta-durale ni ancienne lésion traumatique identifiable au niveau des étages sus et sous-tensoriel du cerveau.
 - Un rapport adressé par la Dresse H_____ à la Dresse I_____ le 18 septembre 2017, dont il ressort que les maux de tête étaient de plusieurs natures : céphalées cervicogéniques en lien avec le traumatisme cervical, et authentiques migraines sous forme d'hémicrâniées droites s'accompagnant de photo- et phonophobie ainsi que de nausées. Les céphalées cervicogéniques avaient été partiellement améliorées par la physiothérapie et la neurostimulation par TENS. Pour les migraines, elle avait prescrit des AINS dont le recourant tirait un bénéfice partiel et un triptan, efficace mais dont le patient avait progressivement augmenté les prises, avec le risque d'entraîner des céphalées médicamenteuses. Comme souvent dans les céphalées post-traumatiques, tant que persistait un conflit avec les assurances, les progrès restaient maigres. La poursuite du suivi psychiatrique était essentielle. La Dresse H_____ se posait également la question de la pertinence d'une pratique par l'intégration neuro-émotionnelle par les mouvements oculaires (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - EMDR) ou hypnose.
38. Le 8 juin 2018, l'intimée s'est prononcée sur les pièces produites par le recourant et a considéré que le jugement du Tribunal de police et les rapports techniques n'apportaient aucun élément nouveau. Il en allait de même des documents médicaux. S'agissant des rapports des médecins étrangers, ils devaient être pris avec circonspection, les notions de fond et les conditions du droit aux prestations étant différentes. Par ailleurs, deux rapports portaient sur des atteintes au genou

droit, ne faisant pas l'objet du présent litige. Par conséquent, le chargé de pièces complémentaires ne comportait aucun élément permettant de confirmer la position du recourant.

39. Sur ce, 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. À 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 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur le droit de l'intimée à mettre un terme au versement des prestations avec effet au 2 novembre 2016, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre les affections dont se plaint encore le recourant et l'accident assuré.

6. a. 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).

b/aa. 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. Ainsi, l'assureur-accidents doit également prendre en charge les causes indirectes d'un accident (RAMA 2003 no. U 487 p. 337 consid. 5.2.2; arrêts du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.1 et 8C_444/2008 du 23 décembre 2008 consid. 5). Par ailleurs, la notion du lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte prédominant en matière médicale ne se recoupe pas avec celle du domaine juridique, où une causalité partielle suffit à fonder l'obligation de prêter de l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 5.2.1).

b/bb. 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/cc. 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).

c/aa. 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 d'autres termes, en cas d'atteintes objectivables du point de vue organique, la causalité adéquate et la causalité naturelle se recouvrent (ATF 134 V 109 consid. 2.1). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). A noter qu'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 diagnostic ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 4).

En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur

l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références). Lorsque la pratique susmentionnée en matière de coup du lapin ou traumatisme analogue ne trouve pas application, il y a lieu d'examiner la situation au regard des principes en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_310/2011 consid. 3).

c/bb. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les 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. 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 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). 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).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestation pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

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 entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

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 juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

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 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). Dans un tel cas, la jurisprudence considère que quatre des critères précités doivent être réunis (arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5, arrêt du Tribunal fédéral 8C_487/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne proprement dit, la réalisation de trois des critères est suffisante (arrêt du Tribunal fédéral BGE 134 V 109 du 3 mai 2012 consid. 6.2.2, arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5).

7. a. Les traumatismes de la colonne cervicale résultent d'un mécanisme accidentel, désigné communément sous les termes de coup du lapin, consécutifs dans la plupart des cas à un choc arrière inattendu avec un mouvement de flexion/extension du rachis cervical en raison d'une brusque accélération/décélération (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 262/2005 du 7 mai 2007). Ce genre d'atteinte peut également survenir lors d'un choc frontal ou latéral (arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2007 du 13 juin 2008).

Le tableau clinique type d'un coup du lapin est notamment constitué des symptômes suivants (liste non exhaustive): céphalées, migraines, cervicalgies, paresthésies, troubles de la concentration, de la mémoire, de la vue, de l'ouïe (acouphènes), de l'équilibre (vertiges, nausées), fatigabilité, insomnies, troubles de l'humeur (athymie, irritabilité) et troubles psychiques (état dépressif) (ATF 117 V 359).

Les différents symptômes consécutifs à un coup du lapin peuvent être classés, selon la *Quebec Task Force on Wiplash and associated lesions*, de la manière suivante (classification admise sur le plan international):

Grade I	Cervicalgies sans constat objectif d'un déficit organique, structurel ou fonctionnel (plaintes avec raideurs et hypersensibilité de la nuque).
Grade II	Cervicalgies avec constat objectif d'un déficit fonctionnel organique (limitation objective des amplitudes cervicales, sensibilité à l'examen par palpation).
Grade III	Constat de troubles neurologiques (réflexes tendineux diminués, déficit sensitif et moteur, atteinte radiculaire).
Grade IV	Constat de lésions organiques (fracture, luxation, déchirure)

- b. 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 naturelle, 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 de 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).

c. En cas de coup du lapin, les accidents sont classés de la même manière qu'en matière de troubles psychiques. S'agissant des critères, ils sont légèrement différents :

Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne stricto sensu 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 crânio-cérébral, il faut que soient réunis

certaines critères objectifs, 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).

8. a. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

b. 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).

b/aa. 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).

b/bb. 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).

b/cc. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la

violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

c. 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).

d. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières 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). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à

l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

9. En l'espèce, le 7 octobre 2015, le recourant a causé une collision frontale avec deux véhicules, collision suite à laquelle il a été blessé. A son arrivée aux urgences des HUG, le recourant se plaignait de douleurs costales et lombaires ainsi que de douleurs à l'épaule et à la hanche droites. Après avoir procédé à différents examens, les médecins ont posé le diagnostic principal de fracture de la vertèbre C5 (résumé du séjour établi par le service des urgences le 7 octobre 2015). Par la suite, le recourant s'est plaint de fourmillements (rapports du Dr C_____ des 24 novembre 2015 et 5 décembre 2016) et paresthésies (rapport intermédiaire des médecins du service de premier recours du 21 février 2017), de douleurs cervicales irradiant en hémicrânie droite et proximale au membre supérieur droit, et en particulier des douleurs de l'épaule (rapport du Dr F_____ du 17 mai 2016). Dès le mois de février 2017, les médecins du service de premier recours ont constaté des signes de conflit sous-acromial droit (rapport intermédiaire des médecins du service de premier recours du 21 février 2017). Un état anxio-dépressif moyen a également été diagnostiqué (rapport du Dr E_____ du 5 janvier 2016). Enfin, des céphalées étaient également évoquées, concernant lesquelles le diagnostic différentiel de céphalées entretenues par les médicaments, céphalées de tension, migraines, maux de tête post accident de la voie publique (feuille de synthèse des HUG du 17 mai 2017) ou encore de céphalées cervicogéniques (rapport de la Dresse H_____ du 24 mars 2017) a été posé.

L'intimée a rassemblé divers rapports des médecins traitants et recueilli deux brèves appréciations de ses médecins (conseil ou d'arrondissement), dont aucun ne répond aux réquisits jurisprudentiels en la matière. Elle a ensuite décidé de cesser de prêter au motif que rien ne permettait de conclure à la persistance d'un trouble physique objectivable en lien de causalité avec l'accident.

A titre liminaire, la chambre de céans relève qu'un assureur-accidents ne peut simplement mettre un terme à son obligation de prêter en invoquant l'absence d'atteinte objectivable en lien de causalité avec l'accident. En effet, l'assureur doit également prêter en présence d'une atteinte non objectivable, pour autant que les liens de causalité naturelle et adéquate soient réalisés.

Or, force est de constater que la SUVA a uniquement examiné si les céphalées et les douleurs à l'épaule droite constituaient des atteintes objectivables en tant que telles. Elle ne s'est toutefois à aucun moment posé la question de savoir si lesdits symptômes pouvaient être reliés à un substrat organique objectivable, à un dysfonctionnement organique démontrable ou à un autre trouble organique démontrable, tel que par exemple la fracture cervicale. Elle ne s'est pas non plus demandé si ces symptômes pouvaient être reliés à un coup du lapin qui n'aurait pas

été recherché par les médecins au vu du diagnostic de fracture cervicale. Pourtant, les médecins de l'assuré ont évoqué à plusieurs reprises un lien avec le traumatisme cervical. Ainsi, le Dr F_____ a considéré que l'assuré présentait toujours les séquelles d'un traumatisme avec des douleurs cervicales et des céphalées et qu'il n'était pas rare, au vu du traumatisme subi, que les symptômes durent de nombreux mois (rapport du 1^{er} juin 2016). Lors d'un entretien téléphonique avec les médecins du service de premier recours des HUG, il aurait encore expliqué que les céphalées, même à caractère migraineux, étaient très certainement en lien avec le choc lors de l'accident du 7 octobre 2015, même s'il retenait un diagnostic différentiel (feuille de synthèse des HUG du 17 mai 2017). Quant à la Dresse H_____, elle a évoqué le diagnostic de céphalées cervicogéniques (rapport du 24 mars 2017) en lien avec le traumatisme cervical, associées à d'authentiques migraines sous forme d'hémicrânies droites (rapport du 18 septembre 2017). Souvent dans le cas de céphalées post-traumatiques, tant que persistait un conflit avec les assurances, les progrès restaient maigres (rapport du 18 septembre 2017). Enfin, la Dresse I_____ a évoqué une probable causalité entre les céphalées et l'accident du 7 octobre 2015 ayant entraîné la fracture cervicale (rapport du 13 septembre 2017).

En d'autres termes, plusieurs médecins ont évoqué un lien à tout le moins entre les céphalées et la fracture cervicale. Malgré cela, l'intimée n'a pas songé à investiguer l'étiologie de ces atteintes et de questionner de manière précise les médecins traitants du recourant. Elle n'a pas non plus fait examiner le recourant par son médecin d'arrondissement ou par un expert. En réalité, la SUVA ne s'est jamais demandé si les cervicalgies étaient liées à la fracture cervicale, à un éventuel coup du lapin de grade I ou II ou encore si elles étaient consécutives ou du moins aggravées par des troubles psychiques. Or, c'est bien la réponse à la question de l'étiologie qui déterminera les principes applicables en matière de causalité adéquate. En cas de lien de causalité avec la fracture cervicale, la causalité naturelle et la causalité adéquate se recouvrent. En revanche, en cas de lien de causalité naturelle avec un coup du lapin ou avec des troubles psychiques, il convient d'examiner la causalité adéquate conformément aux critères jurisprudentiels applicables en la matière.

Les mêmes remarques peuvent s'appliquer aux douleurs à l'épaule droite, sachant que de tels symptômes peuvent également être consécutifs à un traumatisme cervical.

10. En résumé, le dossier de l'intimée ne contient aucun rapport médical circonstancié et probant se prononçant sur l'étiologie des atteintes dont souffre encore le recourant et, partant, permettant de trancher la question du lien de causalité entre l'accident assuré et les troubles en question. Force est ainsi de considérer que l'intimée a constaté les faits de manière sommaire. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire, au besoin par le biais d'une expertise pluridisciplinaire, sur les questions de l'étiologie des plaintes

présentées par le recourant, du lien de causalité naturelle entre les troubles encore existants et l'accident du 7 octobre 2015 et sur la date d'un éventuel statu quo. Il appartiendra également à l'intimée d'examiner, le cas échéant, la question du lien de causalité adéquate au regard des principes applicables au vu de l'étiologie des symptômes.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 18 septembre 2017 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

Le recourant obtenant gain de cause est représenté par un avocat auquel il a dû recourir pour défendre ses intérêts dans le cadre du présent recours, de sorte qu'une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Cette indemnité est arrêtée en l'espèce à CHF 2'000.-.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision sur opposition du 18 septembre 2017.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de procédure de CHF 2'000.-, 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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