

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/696/2014

ATAS/285/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 avril 2015

1^{ère} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER
FÜLLEMANN

recourant

contre

VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES S.A.,
sise place de Milan, LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1984, était chauffeur-livreur chez B_____ S.A. depuis le 23 juin 2008 et était, à ce titre, assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès de la Vaudoise Générale Compagnie d'Assurances S.A.
2. Le 15 octobre 2011, l'assuré, au volant de sa voiture, a été victime d'un accident entraînant notamment une incapacité de travail totale jusqu'au 30 novembre 2011.
3. Le 3 novembre 2011, l'employeur a annoncé l'accident à l'assureur. L'assuré présentait un déplacement des cervicales et une élongation des nerfs. Les premiers soins avaient été prodigués par le service des urgences de l'Hôpital universitaire de Genève (ci-après les HUG) et la suite du traitement était effectuée par le docteur C_____, spécialiste FMH médecin praticien.
4. L'assureur a pris en charge les suites du cas.
5. Le 18 novembre 2011, à la demande du Dr C_____, une imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) cervicale a été effectuée. Par rapport du 21 novembre 2011, le docteur D_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à l'absence de traumatisme osseux récent visible. Il n'y avait ni de souffrance des parties molles pré-vertébrales, ni de diastasis, ni d'argument en faveur d'une entorse cervicale. Il a constaté le respect de la lordose cervicale, un canal rachidien large à tous les étages et l'absence de conflit discoradiculaire et d'œdème vertébral somatique. Le médecin notait pour mémoire un hypersignal d'allure inflammatoire au niveau interépineux C4-C5.
6. Dès le 1^{er} décembre 2011, l'assuré a recouvré sa capacité de travail totale.
7. Par rapport du 16 janvier 2012 à l'assureur, le Dr C_____ a posé le diagnostic de cervicalgies C1-C3 intenses musculo-ligamenteuses post-traumatiques. Le traitement prodigué jusqu'à mi-décembre avait été la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (ci-après AINS), un myorelaxant, du Sirdalud et de la physiothérapie et le médecin avait constaté une bonne évolution. La fin du traitement se situait à mi-décembre 2011 et la reprise du travail à 100% avait eu lieu dès le 1^{er} décembre 2011.
8. Le 23 octobre 2012, l'assuré a consulté le Dr E_____, spécialiste FMH médecin praticien et médecin traitant.
9. Le 30 octobre 2012, une IRM cervicale a été effectuée à la demande du Dr E_____. Par rapport du 1^{er} novembre 2012, le Dr D_____ a décrit notamment un examen strictement superposable à celui de 2011 retrouvant l'intégrité de la lordose cervicale avec dessiccation discale débutante "C4-C5". Il n'y avait pas d'hypersignal inflammatoire ou de Modic décelé. Il y avait également un status superposable au niveau C3-C4 retrouvant un débord discal circonférentiel foraminaux sans uncarthrose significative. En conclusion, il y avait un status

superposable à la précédente IRM retrouvant l'intégrité de la lordose cervicale avec dessiccation discale "C3-C4" débutante et discopathie circonférentielle sans conflit discoradiculaire C3-C4 au niveau foraminal. Il n'y avait pas de surcharge facettaire et le canal rachidien était large à tous les étages sans conflit discoradiculaire.

10. Le 20 novembre 2012, le Dr E_____ a établi un certificat d'incapacité de travail dès le 19 novembre 2012 pour cause d'accident.
11. Le 20 novembre 2012, une arthrographie C3-C4 articulaire postérieure gauche a été effectuée par le Dr D_____. L'assuré présentait une cervicalgie intense depuis un mois, il se plaignait de laxité avec sensation de craquage, avec douleur élective à la pression latérale du cou prédominant en C3-C4. Il y avait une discopathie circonférentielle à cet étage. Il était décidé de réaliser un bloc de la douleur à ce niveau.
12. Le 22 novembre 2012, l'employeur a annoncé à l'assureur l'incapacité de travail de l'assuré à compter du 19 novembre 2012 en tant que suite de l'accident du 15 octobre 2011 ; l'assuré avait mal au cou.
13. Par rapport initial du 27 novembre 2012 à l'assureur, le Dr E_____ a indiqué avoir donné les premiers soins le 23 octobre 2012. Il constatait des douleurs cervicales et névralgiques et a diagnostiqué des cervico-brachialgies. Il s'agissait d'une rechute de l'accident de route subi en 2011 et les lésions étaient dues uniquement à celui-ci. Le traitement prodigué consistait en un traitement médicamenteux, de la physiothérapie et des infiltrations. L'incapacité de travail, totale depuis le 19 novembre 2012, était en cours.
14. Par rapport du 11 décembre 2012, le Dr E_____ a diagnostiqué une entorse cervicale. L'évolution était mitigée, avec des douleurs ++. La durée du traitement était indéterminée. Il y avait lieu de craindre un dommage permanent et il convenait que l'employeur procure un travail approprié à l'assuré.
15. Par avis du 20 décembre 2012, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assureur, a estimé que la rechute avec l'accident du 15 octobre 2011 devait être niée. L'IRM du 18 novembre 2011 était normale, celle du 30 octobre 2012 faisait état d'une discopathie C4-C5, sans changement entre les deux IRM.
16. Interrogé sur la rechute, l'assuré, dans un questionnaire daté du 28 décembre 2012, a expliqué n'avoir pas suivi de traitement médical entre le 30 janvier et le 30 octobre 2012. Il avait pris lui-même des médicaments pendant cette période. Les douleurs étaient revenues en septembre 2012. Il avait des douleurs au cou en contractant les muscles, au cou et à l'épaule quand il tournait la tête, ainsi qu'au dos. Dernièrement, le cou craquait constamment. Il ressentait un nœud, un pincement interne, des crampes. Il n'avait pas subi un nouvel accident. Le traitement auprès du Dr E_____ n'était pas terminé, il prenait des médicaments et avait subi une infiltration cervicale.

17. Par décision du 14 janvier 2013, l'assureur a indiqué que dans la mesure où les examens IRM du 18 novembre 2011 et du 30 octobre 2012 ne montraient aucune lésion traumatique, les douleurs pour lesquelles l'assuré avait consulté le Dr E_____ à partir du 23 octobre 2012, soit un an après l'accident, ne pouvaient pas être considérées comme étant de façon certaine ou au moins probable en rapport avec cet accident. Il n'appartenait plus à l'assureur d'intervenir pour les frais y relatifs. L'assuré devait s'adresser à son assureur-maladie pour la prise en charge des frais de traitement dès 2012.
18. Dès le 13 février 2013, l'assuré a recouvré une capacité de travail de 50%.
19. Le 15 février 2013, l'assuré a formé opposition à la décision précitée, estimant que les lésions pour lesquelles il avait consulté le Dr E_____ en octobre 2012 et dont il souffrait encore, étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident subi le 15 octobre 2011.
20. Le 1^{er} avril 2013, l'assuré a recouvré sa capacité de travail entière.
21. Par certificat du 30 avril 2013, le Dr E_____ a indiqué que l'assuré était apte à reprendre son activité professionnelle, mais qu'il ne pouvait pas porter un poids supérieur à 20 litres.
22. Par courrier du 7 mai 2013, l'assuré a complété son opposition. Il avait souffert de diverses lésions et douleurs suite à l'accident du 15 octobre 2011, qui étaient réapparues en octobre 2012. Ces atteintes étaient en lien de causalité avec l'accident, de sorte que l'assureur devait les prendre en charge. Le cas échéant, l'assuré sollicitait la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un expert indépendant.

A l'appui de ses griefs, il a annexé un rapport du 9 avril 2013 par lequel le Dr E_____ a attesté que l'assuré était suivi pour une cervico-brachialgie post-traumatique suite à l'accident du mois d'octobre 2011. Les examens radiologiques approfondis effectués ultérieurement avaient confirmé l'origine traumatique de la lésion constatée à l'IRM car le radiologue indiquait clairement dans son rapport la présence d'une « dissection » cervicale discale C3-C4. Selon le Dr E_____, cette lésion était constatée uniquement dans les cas d'un choc ou d'une contusion importante sur la colonne cervicale. En qualité de médecin urgentiste et généraliste, il confirmait donc l'origine traumatique et contusionnelle de cette lésion.
23. A la demande du Dr F_____, les IRM des 18 novembre 2011 et 30 octobre 2012 lui ont été transmises pour consultation.
24. Selon un avis du 20 janvier 2014, le Dr F_____ a examiné l'IRM du 30 octobre 2012 avec le docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie. Il n'y avait rien d'évident au niveau de l'espace intersomatique C4-C5, comparé au disque sus et sous-jacent. La dessiccation cervicale débutante C4-C5 décrite par le Dr D_____ n'était que minime et elle s'étendait non à un segment mais à trois segments cervicaux. Cette dessiccation était déjà visible et sans changement sur l'IRM du 18 novembre 2011. S'agissant de cette IRM, le Dr F_____ ne mettait en évidence

aucun œdème aussi bien postérieur qu'antérieur, à aucun segment cervical, qui pourrait signer une contusion ou une distorsion.

25. Par rapport du 23 janvier 2014, le Dr F_____ a répondu à la question de savoir si l'affection discale C4-C5 était d'étiologie post-traumatique. Il a expliqué que suite au rapport établi avec le Dr G_____, l'examen attentif des images du 18 novembre 2011 ne mettait en évidence aucun œdème, aussi bien postérieur qu'antérieur, à aucun segment cervical pouvant signer une contusion ou une distorsion. On ne pouvait donc certainement pas retenir, comme le faisait le Dr E_____, qu'il y avait eu le 15 octobre 2011 – environ un mois avant l'IRM – un « choc ou contusion important sur la colonne cervicale ». En outre, ni les images du 18 novembre 2011 ni celles du 30 octobre 2012 n'objectivaient de lésion du disque C4-C5 par rapport aux disques voisins. La minime dessiccation discale C4-C5 évoquée dans le rapport IRM du 30 octobre 2012 était déjà visible et sans changement sur les images du 18 novembre 2011, non seulement au niveau C4-C5, mais également dans les deux segments voisins et il était tout à fait improbable qu'elle soit d'origine traumatique. Vu cette extension et vu l'absence de preuve objective d'une contusion importante et en l'absence d'autre lésion encore subsistante en octobre 2012, les troubles qui avaient motivé une reprise de traitement en octobre 2012 et entraîné un arrêt de travail à 100% entre le 19 novembre 2013 et le 12 février 2013, puis à 50% jusqu'au 31 mars 2013, étaient sans rapport de causalité certain ou au minimum probable avec l'accident du 15 octobre 2011.
26. Par décision sur opposition du 3 février 2014, l'assureur a rejeté l'opposition. Le 15 octobre 2011, l'assuré avait été victime d'un accident qui avait entraîné des cervicalgies musculo-ligamentaires C1-C3 intenses traitées par des AINS, des myorelaxants, du Sirdalud et de la physiothérapie selon le rapport du Dr C_____ du 16 janvier 2012. L'incapacité de travail avait duré du 16 octobre au 30 novembre 2011. L'IRM du 18 novembre 2011 n'avait mis en évidence aucun œdème qui pourrait signer une contusion ou une distorsion. Par conséquent, le diagnostic d'entorse cervicale posé rétroactivement par le Dr E_____ n'était absolument pas établi et il n'y avait pas non plus eu, comme ce médecin l'indiquait dans son rapport du 9 avril 2013, un choc ou une contusion importante sur la colonne cervicale. Dans ces conditions, la minime dessiccation discale tri-segmentaire présente sans changement sur les images des IRM des 18 novembre 2011 et 30 octobre 2012 n'avait pas de rapport démontré avec l'accident, étant selon toute vraisemblance préexistante et d'étiologie dégénérative, la déshydratation des disques intervertébraux étant classiquement le stade initial d'une dégénérescence discale. La décision devait donc être maintenue sans qu'il soit nécessaire de procéder à des investigations supplémentaires.
27. Par courrier du 5 février 2014, l'employeur a mis fin au contrat de travail avec effet au 30 avril 2014, dès lors que l'assuré n'était plus en mesure d'assumer ses tâches.

28. Le 12 février 2014, l'assureur a restitué à l'assuré les CD-roms des IRM effectuées. Le médecin-conseil les avait demandés étant donné que les images imprimées présentaient un certain flou.
29. Par acte interjeté le 6 mars 2014, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a conclu, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision et à la prise charge, par l'assureur, du traitement médical et de l'incapacité de travail dès le 19 novembre 2012. Il a notamment expliqué que le jour de l'accident, soit le 15 octobre 2011, sa tête avait heurté le volant. Il avait été emmené en ambulance aux HUG où il était resté trois-quatre heures. Le lendemain, il y était retourné, car il avait des nausées et sa tête tournait. Des examens avaient été effectués et il avait été mis en arrêt de travail. Le 23 octobre 2012, il avait consulté le Dr E_____, lequel avait annoncé une rechute, et une IRM avait été effectuée le 30 octobre 2012, constatant une dessiccation discale C4-C5 débutante et une discopathie circonférentielle sans conflit discoradiculaire C3-C4 au niveau foraminaux. Le recourant a expliqué que le 19 novembre 2012, il avait dû installer trois fûts de trente litres de bière sur un diable. Au moment de prendre la charge, il avait ressenti un craquement dans le cou. Il était tout de suite resté bloqué avec le cou enflé. Il en avait avisé immédiatement son employeur et s'était rendu à la permanence de I_____ S.A. Selon le recourant, il avait subi un nouvel accident le 19 novembre 2012, lequel avait justifié une nouvelle incapacité de travail. Il n'y avait pas eu d'examen IRM suite à ce deuxième accident, de sorte que l'instruction devait être complétée sur ce point. Les troubles dont il souffrait étaient en relation de causalité avec les deux accidents subis.
30. Par complément du 26 mai 2014, le recourant a expliqué qu'il ressortait de l'entretien de détection précoce du 16 janvier 2014 avec l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI), qu'il avait subi un coup du lapin en 2011. Selon le médecin du service médical régional (ci-après le SMR), il présentait une "fissure cervicale" C4-C5 datant d'octobre 2011 (avis du 3 février 2014). En outre, en rendant sa décision litigieuse, l'intimée n'avait apparemment pas eu connaissance d'un nouvel accident survenu « le 19 octobre 2012 ». Certes, son médecin avait annoncé une rechute de l'accident du 15 octobre 2011. Cela étant, que l'on soit dans le cadre d'une rechute ou d'un nouvel accident, l'intimée était tenue de verser les prestations pour l'atteinte aux cervicales. Le dossier n'était pas complet au moment de la décision sur opposition, de sorte que l'instruction devait être complétée avec les éléments apportés dans le cadre du recours et le recourant sollicitait l'audition du Dr E_____.

A l'appui de ses griefs, le recourant a produit notamment un rapport du 23 avril 2014 établi par le Dr H_____, spécialiste FMH en radiologie, s'agissant d'une IRM cervicale effectuée le même jour. Ce médecin a conclu à une dégénérescence discale C3-C4 avec protrusion discale circonférentielle sans conflit discoradiculaire, un début de dégénérescence discale C4-C5, un aspect proéminent des facettes articulaires postérieures en C3-C4, C4-C5, C5-C6 à prédominance gauche.

Le cordon médullaire était de topographie normale et de signal homogène. Il n'y avait pas de fracture, ni de subluxation inter-facettaire.

31. Par réponse du 27 juin 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. Le dossier ne contenait aucun élément relatif à cet "événement" du 19 novembre 2012, dont ni le recourant, ni son médecin traitant n'avaient jamais parlé jusqu'ici. En tout état de cause, l'événement tel que décrit ne constituait pas un accident, dès lors que le fait de charger et de transporter des fûts de bière sur un diable était une activité normale et quotidienne pour un chauffeur-livreur de boissons. Le recourant avait déjà consulté son médecin le 23 octobre 2012 pour des cervico-brachialgies indiquées comme "rechute" de l'accident de 2011 selon le rapport du Dr E_____ du 27 novembre 2012. Il n'y avait aucune preuve d'un nouvel événement ayant motivé une reprise d'incapacité de travail dès le 19 novembre 2012. Le rapport du 11 décembre 2012 du Dr E_____ ne l'indiquait pas non plus. En outre, cette nouvelle incapacité de travail avait été annoncée par le recourant lui-même à son employeur, non comme un nouveau cas, mais comme une suite de l'accident de 2011 selon la déclaration du 22 novembre 2012. Selon l'intimée, s'il s'était produit quoi que ce soit d'anormal le 19 novembre 2012, soit trois jours auparavant seulement, le recourant n'aurait pas manqué de s'en souvenir et de l'indiquer. La survenance d'un événement quelconque ce jour-là apparaissait dès lors totalement improbable. Par ailleurs, la « fissure cervicale » figurant dans le procès-verbal d'entretien de l'OAI du 16 janvier 2014, était une interprétation du recourant, qui ne correspondait pas à ce qui avait été constaté. En outre, le rapport d'IRM du 23 avril 2014 démontrait, comme les deux IRM précédentes, uniquement la présence de troubles dégénératifs des segments C3-C4, C4-C5, sans atteinte médullaire, ni fracture, ni luxation interfacettaire. L'aspect "proéminent" des facettes articulaires postérieures C3-C4, C4-C5 et C5-C6 n'était pas non plus une suite de l'accident. Etant donné que le nouvel accident du 19 novembre 2012 n'avait aucune existence prouvée et qu'il ne constituait au surplus pas un accident au vu du descriptif, seule restait à examiner la question de savoir si l'affection cervicale présentée dès octobre 2012 était en rapport de causalité naturelle certaine ou au moins probable avec l'accident du 15 octobre 2011. Le recourant n'alléguait aucun élément propre à remettre en cause la validité de la position de l'intimée. L'IRM du 23 avril 2014 confirmait l'absence de lésions traumatiques et la présence de troubles dégénératifs sur deux segments au moins de la colonne cervicale, dont le segment C4-C5.
32. Le 23 septembre 2014, la chambre de céans a entendu le Dr E_____, médecin traitant du recourant depuis 2010. Le recourant l'avait consulté notamment le 23 octobre 2012. Il ne pouvait exclure qu'il ne l'avait pas vu avant dans un autre lieu de travail. Le recourant l'avait consulté parce qu'il avait subi une entorse cervicale lors de l'accident survenu le 15 octobre 2011. Le témoin avait posé le diagnostic d'entorse cervicale sur la base de son examen clinique, diagnostic qui avait été confirmé par l'IRM effectuée le 30 octobre 2012. Il ne pensait pas avoir eu connaissance de l'IRM du 18 novembre 2011. Le fait qu'il n'y ait pas eu d'œdème

sur l'IRM n'excluait pas nécessairement le diagnostic d'entorse cervicale. Le témoin avait pu constater sur l'IRM une dessiccation cervicale discale C3-C4. Elle ne pouvait exister que suite à un choc ou à une contusion sur la colonne cervicale et il ne pouvait s'agir de trouble dégénératif vu l'âge du recourant. Le fait que la dessiccation soit minime importait peu quant au fait qu'elle faisait suite à un choc. Le témoin ne s'expliquait pas pour quelle raison le médecin-conseil de l'intimée indiquait qu'il était tout à fait improbable que la dessiccation soit d'origine traumatique. Le témoin a ajouté que l'endroit était fragilisé par la dessiccation. La douleur pouvait se manifester plus tard. Porter une lourde charge pouvait la réveiller. Il ne savait pas pour quelle raison il n'avait pas parlé de ce qui était arrivé à son patient le 19 novembre 2012, lorsqu'il avait porté une charge importante. L'entorse cervicale était la pathologie ; les cervico-brachialgies en étaient les symptômes. Il avait signé un arrêt de travail à compter du 19 novembre 2012 en lien avec le fait que le recourant avait porté une charge importante, soit des fûts de bière, ce qui était lié avec l'accident du 15 octobre 2011. Il ne se souvenait pas s'il avait signé un arrêt de travail au moment où le recourant était venu le consulter avant le port de fûts. Il a précisé avoir récupéré le dossier auprès de son ancien employeur (la permanence de I_____ S.A.) et ne pas donner systématiquement un arrêt de travail.

33. A la demande de la chambre de céans, les HUG ont transmis le 28 octobre 2014 une copie du dossier du recourant. Selon le rapport établi le 15 octobre 2011 par le docteur J_____, l'assuré avait été transféré de Gex au service des urgences suite à son accident. L'assuré avait subi un traumatisme crânien sans perte de connaissance (sa tête avait tapé le volant). Il avait eu un épisode de vertiges et de nausées avec notion de paresthésies diffuses dans les membres et le visage (surtout l'hémiface droite, localisation de l'impact). Il présentait des douleurs diffuses associées de l'hémiface droite. A titre de diagnostic, il a été retenu une plaie de la face frontale. Selon un rapport établi le lendemain par le Dr J_____, l'assuré a à nouveau consulté les urgences le 16 octobre 2011, en raison de douleurs au niveau de la nuque, associées à des céphalées frontales bilatérales oppressives. A l'examen clinique, l'assuré avait des douleurs à la palpation du rachis cervico-dorsal et des contractures musculaires avec douleur de la musculature para-vertébrale cervico-dorsale. Une radiographie du rachis cervico-dorsal a été effectuée, ne révélant pas de fracture. Le diagnostic retenu était une lésion musculo-ligamentaire cervicale, sans fracture. Le traitement prodigué a été le port d'une minerve en mousse et des antalgiques en réserve. En l'absence d'amélioration, une IRM devait être effectuée. Par ailleurs, il résulte des notes manuscrites datées du 16 octobre 2011, que l'assuré, nauséux, a été soulagé par le port d'une minerve rigide.
34. Par écriture du 24 novembre 2014, le recourant a relevé que le diagnostic principal posé le 15 octobre 2011, était une plaie de la face (frontale). Il était mentionné un « traumatisme crânien sans perte de connaissance (tête tape sur le volant). Episode de vertiges, nausées avec notion de paresthésies diffuses dans les membres et le

visage (...) ». Le lendemain, il avait dû retourner aux HUG, où une lésion musculo-ligamentaire avait été diagnostiquée. Il présentait alors des douleurs à la nuque associées à des céphalées frontales bilatérales oppressives. Une minerve lui avait été prescrite. Il était précisé que si les douleurs ne s'amélioraient pas, il faudrait effectuer une IRM. Cet examen avait été pratiqué le 18 novembre 2011 par le Dr D_____, qui avait procédé à une nouvelle IRM le 30 octobre 2012 et à une arthrographie le 20 novembre 2012. Le recourant sollicitait l'audition de ce médecin et subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise médicale.

35. Par écriture du 21 janvier 2015, l'intimée a relevé notamment que le 16 octobre 2011, les radiographies n'avaient pas montré de fracture et le diagnostic de lésion musculo-ligamentaire cervicale avait été posé. L'examen IRM du 18 novembre 2011 n'avait cependant pas objectivé la réalité d'une telle lésion musculo-ligamentaire et il y avait lieu de conclure que le recourant avait été en fait victime d'une banale contusion cervicale, tout au plus de degré II selon la classification de la Québec Task Force. Par conséquent, aucun rapport certain ou au moins probable entre l'événement du 15 octobre 2011 et les troubles présentés à nouveau un an plus tard au niveau cervical ne pouvait être retenu. L'avis du Dr F_____ du 23 janvier 2014 demeurait donc pleinement valable. L'intimée persistait dans ses conclusions.
36. Par pli du 17 février 2015, le recourant a fait valoir que l'intimée était obligée d'admettre que l'accident du 15 octobre 2011 avait eu des conséquences bien plus importantes que ce qu'elle avait retenu. Dans sa décision sur opposition, elle mentionnait uniquement des cervicalgies musculo-ligamentaires C1-C3 intenses, alors qu'en réalité il avait subi un traumatisme crânien, avec vertiges, nausées et plusieurs impacts sur la face, ce qui démontrait l'importance du choc. En outre, selon les déclarations du Dr E_____, il était évident que la dessiccation était d'origine traumatique. Le recourant persistait dans ses conclusions.
37. Par pli du 17 février 2015, l'intimée a indiqué ne pas voir l'utilité d'une audition du Dr D_____, dont les rapports étaient explicites et dont les explications étaient confirmées par l'examen du 23 avril 2014. Une expertise n'était pas nécessaire, puisque l'examen du 30 octobre 2012, corroboré par celui du 23 avril 2014, démontrait l'absence de toute séquelle de lésions traumatiques à un an de l'accident.
38. Sur ce, la chambre de céans a gardé la cause 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, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. a. Le litige porte sur la question de savoir si les atteintes cervicales présentées par le recourant dès le 23 octobre 2012 sont une rechute de l'accident survenu le 15 octobre 2011.

b. La chambre de céans relèvera d'ores et déjà que le recourant fait valoir - pour la première fois dans le cadre de son recours - que l'intimée doit prendre en charge ces atteintes cervicales en tant que suite de l'événement survenu le 19 novembre 2012.

A cet égard, la chambre de céans rappellera que dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

En l'occurrence, dans la mesure où la décision litigieuse ne porte ni sur la qualification de l'événement survenu le 19 novembre 2012, ni sur le lien de causalité naturelle entre celui-ci et les atteintes cervicales présentées par le recourant, la chambre de céans ne saurait trancher ces questions dans le cadre de la présente procédure. Il appartiendra au recourant, le cas échéant, de solliciter de l'intimée qu'elle rende une décision sur ces points.

5. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; 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 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

c. Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). 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.

d. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 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 toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

e. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et

les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

6. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

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 LPG), 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).

c. 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).

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).

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. 3b/cc).

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).

7. 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).

8. Enfin, 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).
9. En l'occurrence, dans sa décision litigieuse, l'intimée, en se référant à l'avis du Dr F_____, a conclu que les atteintes cervicales dont a souffert le recourant dès le 23 octobre 2012 ne sont pas en lien avec l'accident survenu le 15 octobre 2011, ce que conteste le recourant en se fondant sur l'appréciation du Dr E_____.

Au vu des rapports versés à la procédure, force est de constater que les appréciations du médecin-conseil et celles du médecin traitant sont diamétralement opposées.

Pour le médecin-conseil de l'intimée, la dessiccation discale C4-C5 n'est pas en lien avec l'accident, vu l'absence d'œdème sur l'IRM de 2011 (rapport du 23 janvier 2014), alors que pour le Dr E_____, entendu par la chambre de céans le 23 septembre 2014, l'absence d'œdème sur l'IRM de 2011 n'exclut pas nécessairement une entorse cervicale. Par ailleurs, selon le Dr F_____, la dessiccation est minime, alors que pour le Dr E_____, le fait qu'elle soit minime importe peu quant au fait qu'elle fait suite à un choc. En outre, selon le Dr F_____, on ne peut retenir qu'il y a eu un choc ou une contusion sur la colonne cervicale le 15 octobre 2011 et il est tout à fait improbable que la dessiccation soit d'origine traumatique (rapport du 23 janvier 2014), alors que pour le Dr E_____, la dessiccation cervicale est d'origine traumatique, car cette lésion est constatée uniquement dans les cas d'un choc ou d'une contusion importante sur la colonne cervicale. Selon lui, la dessiccation ne peut être un trouble dégénératif, vu l'âge du recourant. L'endroit est fragilisé par la dessiccation et la douleur peut se manifester plus tard (rapport du 9 avril 2013 et procès-verbal d'audition du 23 septembre 2014).

Il ne suffit certes pas que le médecin traitant exprime une opinion divergente de celle du médecin-conseil pour faire douter des conclusions de celui-ci. Cela étant, la chambre de céans constate que l'appréciation du Dr F_____ n'emporte pas la conviction, notamment pour les motifs qui suivent.

Il résulte en effet de l'instruction menée par la chambre de céans que lors de l'accident du 15 octobre 2011, la tête du recourant a tapé le volant et qu'il a subi un traumatisme crânien sans perte de connaissance. Il présentait ce jour-là notamment des vertiges et des nausées (rapport du Dr J_____ du 15 octobre 2011). Le

lendemain, le recourant s'est plaint de nualgies associées à des céphalées frontales bilatérales oppressives et de nausées. A l'examen clinique, il avait des douleurs à la palpation du rachis cervico-dorsal et des contractures musculaires avec douleur de la musculature para-vertébrale cervico-dorsale. Une radiographie du rachis cervico-dorsal a été effectuée, ne révélant pas de fracture. Le diagnostic retenu a été une lésion musculo-ligamentaire cervicale, sans fracture et les nausées ont été soulagées par le port d'une minerve rigide (rapport du Dr J _____ du 16 octobre 2011).

La chambre de céans constate que ces éléments médicaux permettent de retenir que, selon toute vraisemblance, le recourant a subi un choc à la colonne cervicale le 15 octobre 2011. Or, ces éléments ne figuraient pas au dossier de l'intimée lorsque le Dr F _____ s'est prononcé sur le lien de causalité entre les atteintes cervicales présentées par le recourant dès le 23 octobre 2012 et l'accident du 15 octobre 2011, ni lorsque l'intimée a rendu ses décisions litigieuses.

Par ailleurs, le Dr F _____ fait valoir que la minime dessiccation discale C4-C5 évoquée dans le rapport IRM du 30 octobre 2012 était déjà visible et sans changement sur l'IRM du 18 novembre 2011. Selon lui, la dessiccation se situe non seulement au niveau C4-C5, mais également dans les deux segments voisins et il est tout à fait improbable qu'elle soit d'origine traumatique (rapport du 23 janvier 2014).

La chambre de céans constate toutefois que la lecture des deux rapports d'imagerie du 18 novembre 2011 et du 30 octobre 2012 rédigés par le Dr D _____ ne permet en aucune manière de confirmer les explications données par le Dr F _____. En effet, il n'est pas indiqué qu'une dessiccation discale C4-C5 était visible le 18 novembre 2011, ni partant, qu'elle serait sans changement jusqu'au 30 octobre 2012, ni qu'elle toucherait en outre les deux segments voisins.

Or, dans la mesure où le Dr F _____ se fonde sur ces arguments ainsi que sur l'absence de choc à la colonne cervicale lors de l'accident du 15 octobre 2011 pour écarter le lien de causalité entre celui-ci et les atteintes cervicales dont a souffert le recourant dès le 23 octobre 2012, son appréciation ne peut, en l'état, être confirmée par la chambre de céans.

10. Par ailleurs, dans la mesure où l'on ne saurait statuer sur le présent litige en se fondant uniquement sur les appréciations du médecin traitant, il s'ensuit que la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer de manière définitive sur la question déterminante de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 15 octobre 2011 et les atteintes cervicales pour lesquelles le recourant a consulté le Dr E _____ dès le 23 octobre 2012. En pareilles circonstances, le dossier sera renvoyé à l'intimée pour qu'elle procède à une instruction complémentaire au sens de l'art. 44 LPGA et rende une nouvelle décision.
11. Le recours sera par conséquent partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

12. Le recourant, représenté par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).
13. Pour le surplus, la procédure est gratuite.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 3 février 2014.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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