

GE_GERICHTE A/2197/2012 vom 21. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2197_2012

FR: GE_GERICHTE A/2197/2012 du 21 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/2197/2012 del 21 novembre 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 21.11.2012
A/2197/2012

A/2197/2012 ATAS/1398/2012 du 21.11.2012 (LAA), REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2197/2012
ATAS/1398/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 21
novembre 2012 5 ème Chambre En la cause Monsieur T _____, domicilié à
Bonneville, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
LEDRAPPIER Bruno recourant contre AXA WINTERTHUR, Sinistres Suisse romande,
sise chemin de Primerose 11, 1007 Lausanne, comparant avec élection de domicile en
l'étude de Maître ELSIG Didier intimée EN FAIT Monsieur T _____ (ci-après:
l'assuré, puis le recourant), né en 1970, travaillait en tant qu'aide-soignant auprès de
X _____ à Genève (X _____). A ce titre, il était assuré auprès de l'AXA
Assurances SA (auparavant la WINTERTHUR; ci-après: l'assureur, puis l'intimée) contre
les accidents professionnels et non professionnels. Le 5 août 2006, il subit un accident de la
circulation routière. Une voiture arrivant en face perd la maîtrise et frappe le véhicule de
l'assuré frontalement. La voiture de ce dernier tombe dans un fossé sur le toit. Les premiers
soins sont prodigués par le Centre hospitalier intercommunal d'Annemasse en France qui
constate, dans son rapport du 4 septembre 2006, "Traumatisme crânien, douleurs colonne
cervicale, thoraciques, costales, épaule gauche avec paresthésie du membre supérieur
gauche". La suite du traitement est assurée par le Dr A _____ à Bonneville. Dans son
rapport du 22 août 2006, il confirme l'existence d'un traumatisme crânien avec légère perte
de connaissance et diagnostique une contusion cérébrale, une entorse cervicale avec
névralgie brachiale gauche et une contusion lombaire. Le traitement consiste en
infiltrations, antalgiques, anxiolytiques et un collier cervical. Dans son rapport du 19
septembre 2006, ce même médecin confirme ces diagnostics et y ajoute des acouphènes. Le
patient présente des algies majeures du crâne et des épaules. A la question de savoir si un
dommage permanent est à craindre, il répond par "syndrome subjectif des traumatisés
crâniens". Dans son rapport du 12 octobre 2006, le Dr A _____ note des céphalées
persistantes ou névralgies d'Arnold et une amélioration des douleurs cervicales. Le 23
novembre 2006, il mentionne, sous diagnostic, un syndrome subjectif des traumatisés du
crâne et, sous évolution, des céphalées invalidantes et une régression des cervicalgies et de
la névralgie cervico-brachiale gauche. En raison de céphalées aiguës persistantes, des IRMs
cérébrale et cervicale sont réalisées le 20 octobre 2006. L'IRM cérébrale est dans les limites
de la norme, sans lésion traumatique repérée. L'IRM cervicale met en évidence une
discopathie C5-C6. Le 26 décembre 2006, l'assuré est examiné par le Dr B _____,
diplômé du certificat de réparation des préjudices corporels et expert auprès de la Cour
d'appel de Chambéry. Selon son rapport de la même date, il persiste un manifeste syndrome
de type post-commotionnel associé à des céphalées, des acouphènes bilatéraux et des

sensations vertigineuses d'effort ou de changement de positions. L'assuré était hospitalisé quatre jours en France. Le Dr B _____ fixe la date de la consolidation du syndrome post-commotionnel au jour de l'examen et admet une incapacité de travail en relation directe, certaine et exclusive avec le traumatisme jusqu'à cette date. Dans le commentaire, il note ce qui suit: "(...) un accident de la voie publique qui lui occasionnait: une contusion du rachis cervical, sans lésion osseuse, sur discopathie C5-C6, dégénérative, fonctionnellement latente, traitée orthopédiquement ainsi que par antalgiques généraux. Persistance de cervicalgies, sans raideur significative, ni signe objectif radiculaire. Une contusion de l'épaule gauche, sans lésion osseuse ni ligamentaire, laissée à elle-même, d'évolution simple. Des maux de tête, qualifiés dès le 10.08.2006 de "assez importants", sans aucune anomalie scanographique." Le 4 juillet 2007, l'assuré fait l'objet d'une expertise par le Dr C _____, spécialiste en rhumatologie et médecine du sport. Dans son rapport du 9 juillet 2007, ce médecin pose les diagnostics de status post-accident avec probables entorses bénignes de la colonne cervicale, contusions de l'hémithorax et de l'épaule gauches, très probable syndrome post-commotionnel ou syndrome du stress post-traumatique, status post-thrombo-phlébite du membre inférieur droit, obésité et trouble statique et fonctionnel du rachis. Concernant le lien de causalité naturel, ce médecin a développé ce qui suit (p. 10 du rapport): "Le syndrome post-commotionnel, ou syndrome de stress post-traumatique, semble s'être développé dans les suites directes de l'événement accidentel du 5 août 2006; état antérieur ? La thrombo-phlébite du membre inférieur droit ne peut être considérée que comme de relation possible avec les suites directes de l'événement accidentel du 5 août 2006. Cet événement accidentel n'est pas à la base de lésions significatives au niveau du rachis cervical, de l'encéphale ou de l'épaule gauche. Les troubles fonctionnels du rachis sont préexistants et actuellement quasiment asymptomatiques." Le Dr C _____ se pose la question d'un éventuel état antérieur au niveau psychologique, sans pouvoir l'élucider, tout en relevant que le Dr A _____ a prescrit rapidement de Laroxyl et des anxiolytiques. Il préconise un bilan spécialisé par un expert psychiatre. Il fait aussi état d'un problème ORL. Concernant la capacité de travail, il fait observer que la symptomatologie de "malaises", qui apparaît à l'effort sous forme de vertiges surtout, semble limiter très fortement tout éventuel retour à l'activité professionnelle d'aide-soignant. L'incapacité de travail est dès lors toujours de 100 %. En ce qui concerne le traitement médical, il se demande s'il n'y a pas lieu de modifier le traitement antidépresseur et anxiolytique. Il n'y a par ailleurs pas d'atteinte à l'intégrité, au niveau ostéo-articulaire. L'état n'est pas stabilisé. Concernant l'anamnèse sociale, il note que l'activité professionnelle de l'assuré nécessite de fréquents efforts physiques avec des patients relativement lourds et des transferts fréquents. Avant l'accident, l'assuré se décrivait comme très sportif (ancien instructeur de rafting, pratiques fréquentes de via ferrata, canyoning, roller). S'agissant de la survenance de l'accident, l'expert relate avoir terminé la course dans le fossé sur le toit, à la suite du choc. Il y a une très probable brève perte de connaissance entre le choc et le moment où la voiture s'est retrouvée sur le toit, selon l'expert. A l'arrêt de son véhicule, l'assuré a essayé d'enlever sa ceinture de sécurité. Il était paniqué, n'arrivant pas à sortir de son véhicule et croyant voir de la fumée. Dès l'arrivée à l'extérieur, il se sentait très mal. Très rapidement après l'accident apparaîtront d'intenses vertiges. A cela s'ajoutent des acouphènes et une phlébite à la jambe droite qui s'est très probablement développée dans les suites d'un allongement prolongé, aux dires de l'expert. Grâce à une thérapie neurale, l'évolution est ensuite lentement favorable. Au moment de l'expertise, l'assuré mentionne l'existence de céphalées globales, à type de "crampes", lesquelles sont quasiment constantes durant la

journée, mais varient d'importance d'un jour à l'autre avec parfois des crises intenses. Il subsiste aussi quelques tensions cervicales. Les paresthésies du membre supérieur gauche et les douleurs à l'épaule gauche ont disparu fin 2006. Les acouphènes sont constants, pénibles et le fatiguent. Les vertiges sont toutefois l'élément le plus limitant de la symptomatologie. Tout effort fait apparaît une sensation de malaise : l'assuré devient "blanc", tremble, a des nausées et des vertiges. Il doit alors s'asseoir ou se coucher et craint de perdre connaissance. Le sommeil est troublé par des fréquents réveils, mais sans cauchemars en relation avec l'accident. L'assuré est ensuite soumis à une expertise par le Dr D_____, psychiatre. Dans son rapport du 8 septembre 2007, celui-ci ne constate aucune atteinte psychiatrique. Dans les observations cliniques, l'expert ne retient aucune tendance à l'exagération ou à l'accentuation, mais a l'impression d'une certaine fixation sur la problématique de ses maux de tête et des vertiges. L'assuré est nuancé et souligne tous les éléments positifs dans sa vie. Il n'a aucun trouble cognitif majeur. Lorsqu'il évoque l'accident, il reste complètement neutre et ne manifeste aucune émotion particulière. Selon l'expert, il n'y a ainsi aucun indice en faveur d'un trouble de stress-post-traumatique. Dans la discussion, l'expert relève que les atteintes somatiques se sont avérées plutôt bénignes et constate une bonne récupération. A la suite de l'accident, l'assuré a arrêté toutes les activités sportives et grossi. Un syndrome post-commotionnel avec surtout des symptômes de malaises, sensations vertigineuses et maux de têtes persiste, en dépit de plusieurs approches. L'expert soupçonne une évolution de régression et de confort. La phlébite qu'il a développée lors de l'une de ses hospitalisations semble avoir contribué à la diminution de ses activités, intervenant ainsi indirectement dans le cercle vicieux déclenché. Sur le plan psychique et psychiatrique, l'assuré n'a jamais présenté d'atteintes. Le Dr D_____ observe que l'assuré a de très bonnes connaissances et expériences dans différents sports, dans la protection civile où il est devenu lieutenant, ainsi que dans le corps des pompiers de l'Hôpital de Loëx où il travaillait. Il est aussi allé en mission dans des régions d'éboulement et il est visiblement habitué aux "petites et moyennes catastrophes". Selon l'expert, il a assumé sur le plan psychique les conséquences de l'accident certainement plus vite que d'autres. S'agissant de la prescription d'un antidépresseur et d'un anxiolytique, il s'agit d'un "réflexe" bien connu dans le monde médical, pour abaisser le seuil de la douleur. Ces médicaments ont ainsi une visée tout à fait non psychiatrique. Quant aux maux de tête et des sensations vertigineuses, ils devraient être analysés par un neurologue. Les syndromes post-commotionnels sont bien connus et peuvent durer avec une symptomatologie diverse facilement six mois à parfois deux ans. Généralement, ils diminuent avec le temps, ce qui n'est pas le cas ici. Enfin, l'expert note que l'assuré est dans une dynamique physique néfaste pour lui. Il est devenu assez passif et attentionniste. Le Dr D_____ estime ainsi qu'il y a une tendance de danger pour le développement d'un problème psychologique. Le 25 octobre 2007, l'assuré est soumis à une expertise par le Dr E_____, neurologue. Dans son rapport du 14 novembre 2007, celui-ci pose les diagnostics de commotion cérébrale et syndrome cervical survenu lors d'un accident de la route. Dans la discussion, il relève que le violent choc frontal a certainement eu un impact important tant au plan mécanique au niveau de la tête et de la région cervicale qu'au plan psychologique. Il n'y a probablement pas eu de perte de connaissance significative. Néanmoins, même sans impact direct sur la tête, on doit admettre une lésion par décélération tant au niveau de la colonne cervicale que de l'encéphale qui conduit pour le moins à une commotion cérébrale. La symptomatologie décrite par l'assuré à la suite de cet accident est compatible avec ce diagnostic. Cependant, presque 15 mois après l'accident, les céphalées rapportées par l'assuré sont mal différenciées

et peu évocatrices d'un quelconque syndrome. L'expert s'étonne qu'elles n'ont pas évolué depuis l'accident, comme le prétend l'assuré. L'expert s'est entretenu à ce sujet au téléphone avec le Dr A _____, lequel pense que la symptomatologie s'est améliorée. Celle-ci a motivé une escalade thérapeutique qui confine aujourd'hui à un traitement très lourd, les doses de Tramadol étant notamment au maximum de ce qui est raisonnable de prescrire de manière chronique, surtout en association avec d'autres médicaments psychotropes, des benzodiazépines et des tricycliques. Ce type de traitement n'est pas adapté à la situation de l'assuré et peut par lui-même participer à la chronicité des céphalées et nécessitera vraisemblablement un sevrage lent et précis. Le traitement adéquat est difficile à définir. La thérapie neurale et la physiothérapie ne permettent pas non plus d'améliorer objectivement l'état de santé. Il n'est pas à exclure qu'une constellation psychologique participe à l'évolution actuelle. Il existe également des bénéfices secondaires matériels à cet accident, aux dires de l'expert, dans la mesure où la maison acquise par l'assuré quelques mois avant l'accident est actuellement remboursée par une assurance complémentaire française. Cet expert conclut qu'aucune séquelle de cet accident ne peut être actuellement prouvée selon un degré de vraisemblance prépondérante. Quant à la capacité de travail, l'expert relève que l'assuré est très limité du fait de doses énormes de médicaments. Il n'y a cependant aucun obstacle neurologique objectif à ce qu'il reprenne son activité d'aide-soignant à plein temps à l'avenir. Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité. Toutefois, l'état n'est pas stabilisé. Si une invalidité devait persister, celle-ci ne serait pas de manière prépondérante raisonnablement à mettre sur le compte de l'accident. Selon le rapport médical du 10 janvier 2008 de la Dresse F _____, spécialiste en anesthésiologie et thérapie neurale, le patient lui a été adressé à sa consultation de la douleur par son médecin traitant en mars 2007. ; A la première consultation, elle s'est trouvée devant un patient fatigué, pâle, le visage chargé, cherchant ses mots et désespéré; l'examen clinique mettait en évidence des contractures des muscles para-vertébraux de tout le dos et de la nuque qui apparaissaient comme une masse compacte. la palpation était difficile; les injections à but anti-inflammatoire et antalgiques se montraient compliquées en raison de réactions neurovégétatives importantes (augmentation des céphalées et transpirations générales). Progressivement, une détente de la musculature para-vertébrale des muscles de la ceinture scapulaire et une diminution de la masse cervicale s'étaient installées. L'évolution sur le plan clinique est favorable, mais des crises de céphalées intenses, l'insomnie, la barre sous-occipitale et le manque de concentration persistent. Néanmoins, le patient sort progressivement de sa détresse provoquée par les douleurs, mais est encore loin d'une récupération optimale ou suffisante pour envisager un quotidien acceptable. Dans son rapport du 18 janvier 2008, Pr G _____ de la Polyclinique de neurologie des HUG pose les diagnostics de céphalées post-traumatiques continues avec composante cervicogène, d'une suspicion d'une discrète atteinte neurologique centrale avec asymétrie au niveau du cutané-panthère en défaveur de la gauche, d'un discret syndrome vestibulaire gauche et d'un syndrome cervical, probablement au niveau d'étages moyens. Le patient présente des signes neurologiques et locomoteurs séquellaires de l'accident. L'évolution est lentement favorable. Un bilan oto-neurologique, ainsi que la poursuite de la physiothérapie et du reconditionnement physique semble important à ce médecin. Par décision du 5 mars 2008, l'assureur met fin à ses prestations avec effet rétroactif au 1 er janvier 2008. Le 12 mars 2008, l'assuré envoie à l'assureur les résultats d'une consultation ORL et l'informe qu'il a 45 décibels en moins dans chaque oreille à cause des acouphènes aigus bilatéraux consécutifs à l'accident. Dans le cadre de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité, l'assuré est soumis à une

expertise bidisciplinaire par le Dr H _____, psychiatre, et le Dr I _____, neurologue, au Centre d'expertise médicale à Nyon. Dans leur rapport du 25 avril 2008, les experts ne posent aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. A titre de diagnostics sans répercussion sur celle-ci, ils mentionnent un status après traumatisme crânio-cérébral mineur et distension cervicale simple, un syndrome post-commotionnel après distorsion cervicale persistant, un status après thrombophlébite du membre inférieur droit, avec insuffisance veineuse chronique modérée persistante, et une évolution vers un trouble somatoforme possible. Dans la synthèse de la discussion, il est relevé que, sur le plan somatique, l'expertisé se plaint de la persistance de céphalées violentes, constantes, de cervicalgies constantes augmentant à tout effort, d'acouphènes bilatéraux constants, de sensations vertigineuses à l'effort, de paresthésies au niveau de la main gauche très occasionnelles, de trouble de la mémoire et de la concentration, de troubles du sommeil avec irritabilité et nervosité. Toutefois, l'examen somatique est sans anomalie significative hormis une limitation antalgique des mouvements de rotation de la nuque. Il y a une bonne préservation de l'audition et l'absence de tout signe évident d'atteinte vestibulo-cérébelleuse ainsi que de cupulolithiase. L'IRM cérébrale pratiquée le 20 octobre 2006 ne montre aucune anomalie. L'IRM cervicale révèle une petite discopathie C5-C6 banale et sans signification clinique dans le contexte. Sur le plan psychique, l'assuré n'a pas de plainte spontanée. Il dit qu'il a le moral. Il ne présente pas d'anxiété et indique uniquement en avoir marre d'être dans cet état. Le sommeil est perturbé, pour des raisons physiques selon l'assuré, et il présente une plus grande irritabilité, une moins bonne image de soi, une confiance en soi abaissée, laquelle est toutefois en train de remonter. A l'observation, les experts ne constatent pas de comportement douloureux. Il n'a pas de signes dépressifs manifestes. Dans leurs conclusions, les experts relèvent qu'il n'y a aucun élément anamnestique, clinique ou para-clinique (notamment radiologique) pour conclure que l'événement accidentel s'est compliqué d'une atteinte structurelle majeure du système nerveux et locomoteur. La symptomatologie correspond en grande partie à un syndrome post-commotionnel/post-distorsion cervicale, sur lequel se sont greffés des éléments anxieux jouant un rôle dans l'importance actuelle du tableau. Par décision du 5 mai 2008, l'assureur rejette l'opposition de l'assuré à sa décision du 5 mars 2008. Dans le cadre du recours de l'assuré contre cette décision, le Dr A _____ précise, par courrier du 1^{er} octobre 2008, le traitement médicamenteux actuel de son patient. Il a essayé de mettre en application un sevrage du traitement antidépresseur et sédatif. Cependant, la diminution, même minime, de ce traitement s'est rapidement soldée par un échec, avec une péjoration des symptômes, tant en ce qui concerne les douleurs crâniennes que les acouphènes. Ce praticien a également essayé de changer le traitement médicamenteux, sans progrès significatifs. Ainsi, un sevrage de la médication neuro-psychotrope n'est pas envisageable pour le moment, selon lui. Il ne partage pas les propos du Dr E _____ qu'il juge complètement disproportionnés et inadaptés. Le Pr G _____ est du même avis. Enfin, le Dr A _____ estime qu'une nouvelle expertise neurologique serait nécessaire. Dans son rapport du 6 octobre 2008, le Pr G _____ diagnostique des céphalées post-traumatiques avec composante cervicogène, des discrètes séquelles d'une atteinte neurologique centrale, un syndrome vestibulaire gauche en régression et un syndrome cervical en légère régression. Il a essayé de changer le traitement médicamenteux. Cependant, le nouveau traitement instauré avait plus d'effets secondaires, de sorte que le patient a repris un traitement plus classique, qui l'a un petit peu stabilisé sur le plan de son humeur et lui permet de mieux dormir, après disparition des céphalées le soir. Des

myorelaxants, la physiothérapie, le repos et la prise de vin les diminuent, alors que l'agitation, le fait de se déplacer dehors, la lumière et le bruit les augmentent. Les acouphènes bilatéraux persistent. La résistance physique est un peu meilleure qu'auparavant (périmètre de marche de cinq kilomètres avec son épouse), mais la fatigabilité physique reste toujours aussi importante. Au status neurologique, le Pr G_____ note que le patient est légèrement ralenti, toujours un peu prostré, algique et précautionneux dans ses mouvements. Il est orienté dans le temps et l'espace. L'anamnèse est toujours précise. Dans les tâches complexes, il est légèrement ralenti. Il a également des oublis importants anamnestiques. Dans ses conclusions, le Pr G_____ fait état de la persistance de légers signes d'une atteinte centrale. Le réflexe cutané plantaire n'est pas présent actuellement et l'Unterberger est diminué à gauche. La situation s'améliore, mais le patient reste très handicapé par les douleurs. Le traitement est actuellement satisfaisant. De l'avis du Pr G_____, le traitement devrait encore être poursuivi pendant un an, avec un reconditionnement actif, puis il faudra réévaluer la situation. Dans le cadre de expertise judiciaire confiée au Dr J_____, celui-ci adresse le recourant au Pr K_____, spécialiste en anesthésiologie au Centre antidouleurs à Lausanne, lequel voit le patient à plusieurs reprises. L'expert l'envoie également au Dr L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, et au Dr M_____ à l'Unité d'otoneurologie du Service ORL du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne. Enfin, il fait pratiquer une IRM cervicale le 5 août 2009, laquelle est comparée aux clichés antérieurs datant d'octobre 2006, en présence du Pr N_____. Le 30 août 2009, le Dr J_____ rend son rapport d'expertise. Celui-ci est fondé sur les évaluations suivantes: Evaluation du Pr K_____ du 4 mai 2009: Celui-ci procède à un test articulaire et à une discographie. Sur la base de ces examens, le Pr K_____ conclut que l'état du disque C5-C6 explique l'intégralité des douleurs ressenties actuellement par le recourant. En effet, une déchirure interne du disque a été découverte, accompagnée d'une instabilité segmentaire. Dans la mesure où le patient n'a jamais consulté de médecin pour des problèmes de cervicalgies avant son accident, il est exclu que d'autres causes que cet événement puissent expliquer ses plaintes. Le Pr K_____ estime aussi qu'il n'y a pas de contexte de maladie discale dégénérative. Il préconise enfin, à titre de seul traitement médical possible, une discectomie avec fusion du segment concerné. Evaluation du 10 juillet 2009 du Dr L_____: Ce spécialiste constate que l'examen clinique et radiologique est compatible avec une discopathie C5-C6, probablement une déchirure discale, comme démontrée par la discographie du Pr K_____. La symptomatologie est très invalidante et résistante à tout traitement conservateur. Ce médecin préconise également une prise en charge chirurgicale consistant en une résection du disque C5-C6 et son remplacement, soit par une spondylodèse instrumentée, soit par la mise en place d'une prothèse discale. Evaluation du 14 août 2009 du Dr M_____: Ce médecin relève ce qui suit : "Sur le plan vestibulaire, l'examen otoneurologique est normal, en-dehors d'une déviation gauche de la verticale visuelle subjective, compatible avec un déficit otolithique. Ce trouble de la perception de la verticalité permet d'expliquer la sensation de vertige et d'instabilité posturale en station debout et à la marche. Sur le plan fonctionnel, l'atteinte otolithique est à l'origine d'un trouble de l'intégration multisensorielle de l'équilibre (conflit visuo-vestibulaire) avec perturbation de la perception mentale du corps, du mouvement et de l'espace. Dans le cas présent, la symptomatologie est encore aggravée par un trouble anxieux réactionnel. Sur le plan thérapeutique, le patient pourrait bénéficier d'un traitement de rééducation vestibulaire pour améliorer son schéma corporel et la gestion de l'équilibre." Le Dr M_____ constate

également une surdité de perception bilatérale qui correspond aux courbes d'audition d'une surdité dégénérative de type presbyacousie. Il propose un appareillage acoustique, si le patient le souhaite, et une prise en charge de l'acouphène par des thérapies visant l'habituation aux symptômes ou intégrées dans un soutien psychologique global. Sur la base de ces évaluations et de son examen clinique, l'expert pose les diagnostics de cervicalgies et de céphalées, en relation avec une déchirure ligamentaire et discale C5-C6 d'origine très probablement traumatique, de modifications de la personnalité, dans le cadre de douleurs chroniques d'origine organique, de déficit otolithique avec trouble de verticalité, consécutif au traumatisme cranio-cérébral du 5 août 2006, de presbyacousie accélérée avec acouphènes chroniques perturbateurs d'origine dégénérative, sans rapport avec le traumatisme, et de séquelles périphériques avec œdème veineux du membre inférieur droit à la suite de la thrombophlébite survenue au décours du traumatisme de 2006. Les atteintes à la santé sont objectivables, sauf pour ce qui concerne les modifications de la personnalité et le syndrome post-commotionnel évoqué dans l'anamnèse. Néanmoins, les atteintes à la santé non objectivables sont également, à un degré de vraisemblance prépondérante, dues aux séquelles douloureuses d'origine organique, sauf en ce qui concerne la presbyacousie, laquelle est d'origine dégénérative. Quant à la thrombophlébite, elle n'est pas en relation de causalité directe avec l'accident survenu, mais ne serait probablement pas survenue en l'absence du traumatisme et de ses séquelles. Sans l'accident, le patient serait aujourd'hui totalement asymptomatique, selon l'expert. Le statu quo ante vel sine n'est pas atteint. La capacité de travail est nulle dans n'importe quelle activité professionnelle. Les suites de l'accident nécessitent par ailleurs encore un traitement médical. A cet égard, un traitement chirurgical est notamment proposé et, selon l'expert, serait apte à améliorer sensiblement l'état du patient. Il y a en outre une perte de l'intégrité de l'ordre de 40 %, sans tenir compte de la presbyacousie et des séquelles de la thrombophlébite. Dans la discussion, l'expert relève que le mécanisme de l'accident ne peut être affirmé, le patient étant amnésique. Toutefois, le choc a été certainement violent et on ne peut exclure un traumatisme crânien direct. Les régions cervicales et la tête étaient fortement impliquées et il n'y a pas de raison de douter de la perte de connaissance, évoquant une commotion cérébrale. Le status neurologique est aujourd'hui pratiquement normal, à l'exception d'une minime insensibilité dans le territoire radiculaire C5 à droite et d'une instabilité de Romberg. Psychiquement, le patient est visiblement très souffrant, affecté par la douleur qui dure depuis trois ans, mais aussi par les discordances entre les appréciations médicales et l'impasse thérapeutique. Sur la base des examens complémentaires, l'expert constate par ailleurs que la protrusion constatée est bien causée par du matériel discal, provenant d'une déchirure discale et non pas par une uncarthrose. L'IRM effectuée en 2006 montrait la même lésion, sans évolution depuis lors. La colonne cervicale est libre de lésions dégénératives évidentes. Quant au lien de causalité entre la discopathie C5-C6 et l'accident survenu, l'expert l'admet en considérant que le patient était totalement asymptomatique avant l'accident et de la lésion remarquée sur l'IRM cervical. En ce qui concerne le syndrome post-commotionnel, il comporte en principe une symptomatologie légèrement différente de celle du patient, les cervicalgies chroniques n'étant pas au premier plan, alors que c'est le cas chez le recourant. Un syndrome post-commotionnel est par ailleurs en principe sans base organique objectivable et guéri dans les deux ans. L'expert estime toutefois que, sans l'accident, le recourant n'aurait pas développé de tels troubles, dès lors que l'hypothèse d'une uncarthrose a été écartée. Enfin, il se détermine sur l'expertise du Dr E_____ et explique la divergence d'appréciation de ce spécialiste en raison du fait que celui-ci n'a pas eu accès au rapport de l'Hôpital

d'Annemasse ni recours à l'appréciation d'un chirurgien et d'un antalgiste spécialistes du rachis ni à la discographie. Cet expert n'a pas non plus pratiqué d'exams de contrôle et ainsi pu comparer les images de 2006 et de 2009. Ainsi, son appréciation a été biaisée. Selon la détermination sur l'expertise judiciaire du Dr E _____ du 6 octobre 2009, une discopathie ne peut pas engendrer des céphalées diffuses et des céphalées qualifiées d'une intensité de 9/10 ne sont décrites que lors de pathologies généralement hémorragiques ou infectieuses intra-crâniennes. De telles céphalées devraient en outre entraîner des troubles neurovégétatifs et une réaction à la douleur qui est évidente pour l'observateur, ce qui n'apparaît nulle part dans l'expertise judiciaire. Le Dr E _____ déclare que "Toute la subjectivité et la variabilité qui empoisonnent l'examen de votre assuré ne nous induisent pas à prendre pour argent comptant ses plaintes". Par ailleurs, si le recourant était sous médication au moment de l'examen, les plaintes seraient encore moins crédibles. Le Dr E _____ estime aussi que l'évolution temporelle entre l'accident et ses suites est discordante et considère que le changement de la nature des plaintes, leur aggravation et leur imprécision ne sont pas conformes à l'histoire naturelle des suites d'un accident de ce type. Selon le Dr E _____, il y a lieu d'admettre une structure de personnalité particulière préexistante, susceptible de développer une histoire subjective, imprécise, excessive et dont le flou permet des interprétations apparemment diamétralement opposées par les neurologues, pourtant avertis. Il s'étonne en outre que l'aspect médicamenteux du problème de l'assuré, ainsi que la diversité des traitements et leurs indications, leur posologie et leurs effets secondaires ne soient pas discutés par le Dr J _____. Un geste chirurgical de fixation du segment C5-C6 serait une erreur dans son indication et n'apporterait aucun bénéfice à long terme à l'assuré. Par arrêt du 16 décembre 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales (depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice) admet le recours et met le recourant au bénéfice des indemnités journalières à compter du 1^{er} janvier 2008, ainsi que de prestations médicales en rapport avec les lésions consécutives à l'accident, au sens des considérants. Par arrêt du 22 novembre 2010, le Tribunal fédéral annule le jugement précité et renvoie la cause à l'assureur-accidents pour instruction complémentaire. Il retient notamment que « Devant le caractère nouveau de l'examen pratiqué par le docteur K _____ et qui va à l'encontre du bilan concordant posé par les autres praticiens, la Cour de céans n'est pas en mesure de se faire une opinion sur le point de savoir si la discographie est une méthode d'examen scientifiquement prouvée et fiable pour statuer sur la causalité". Il estime également peu claires les raisons objectives qui conduisent le Dr J _____ à faire état d'une inaptitude totale à l'exercice d'une quelconque activité professionnelle, alors qu'il décrit par ailleurs un examen clinique pratiquement normal, si ce n'est la présence d'un discret syndrome cervical. En mars et avril 2011, le recourant est soumis à une expertise rhumatologique, psychiatrique et neurologique au Bureau d'expertises médicales (BREM). Dans leur rapport, les experts retiennent les diagnostics suivants : agoraphobie avec trouble panique, trouble sévère ; dysthymie, trouble d'intensité modérée ; acouphènes bilatéraux sur traumatisme acoustique accompagnés d'une surdité de perception bilatérale légère atteignant uniquement les hautes fréquences ; cervicarthrose débutante sans myélopathie ni radiculopathie ; trouble statique rachidien ; syndrome post-thrombotique du membre inférieur droit ; insuffisance veineuse bilatérale ; trouble statique des membres inférieurs ; vertiges mal systématisés ; obésité associée à une haute tension artérielle et un diabète de type II ; stérilité sur azoospermie anamnesticque ; ronchopathie ; status après accident de moto et multiples fractures du membre inférieur gauche ; status après multiples contusions

et possible traumatisme crânio-cérébral lors de l'accident d'août 2006. A l'exception des acouphènes et de la surdité, les experts ne mettent en évidence aucun autre trouble objectif en relation avec l'accident. Ces troubles sont toutefois compatibles avec l'ancien travail d'aide infirmier. La présence d'une cervicarthrose étagée modérée et d'une discrète insuffisance veineuse bilatérale ne justifie pas non plus d'arrêt de travail dans l'ancienne profession. Les experts n'ont pas d'explication, sur le plan somatique, des plaintes subjectives très importantes de l'assuré. Ils sont préoccupés par l'importante médication que celui-ci prend quotidiennement, ces médicaments ayant un risque d'effets secondaires sur la concentration, la fatigabilité, la capacité sexuelle et le poids et pouvant aggraver des sensations vertigineuses. L'expert psychiatre a mis en évidence une comorbidité avec dysthymie et surtout une agoraphobie accompagnée d'un trouble panique qui se sont installées sur le terrain des symptômes post-commotionnels et à la faveur de facteurs étrangers à l'accident. Ces symptômes subjectifs, additionnés progressivement aux troubles psychiques, n'ont pas permis la reprise de travail. Selon l'expert psychiatre, les troubles psychiques n'étaient cependant en relation de causalité naturelle avec l'accident que pendant une durée de deux ans au plus. En raison de ces troubles, l'incapacité de travail est de 50 %. Si l'assuré accepte de se battre contre ses troubles, on pourrait s'attendre à une augmentation de la capacité de travail à 50 % dans un délai de six mois. Les experts suggèrent d'envisager un sevrage progressif de la médication actuelle, ainsi qu'un traitement de type « SSRI » et éventuellement une démarche psychothérapeutique spécialisée. L'assuré doit être encouragé à reprendre la marche au quotidien, puis ses autres activités sportives dans le but d'une reprise professionnelle. Le 6 janvier 2012, l'assuré se détermine sur cette expertise, par l'intermédiaire de son conseil. Il conteste ses conclusions, selon lesquelles la symptomatologie douloureuse serait liée à une décompensation psychiatrique, laquelle n'est plus dans un rapport de causalité naturelle depuis le 5 août 2008. Il conteste également que la lésion discale soit dégénérative et non pas d'origine traumatique, selon les experts du BREM. Il s'étonne par ailleurs qu'ils n'ont pas jugé nécessaire d'associer à l'expertise un antalgiste-anesthésiste ou un neuroradiologue susceptibles d'infirmier ou confirmer les opinions émises par le Pr K_____ et le Dr N_____. De ce fait, il estime que la valeur probante de cette expertise est réduite. Par décision du 9 mars 2012, l'assureur-accidents reconnaît devoir prester jusqu'au 5 août 2008. Il accorde par ailleurs à l'assuré une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 % en raison des atteintes ORL, soit une somme de 5'340 fr. Il relève notamment que l'avis du Pr K_____ va à l'encontre de tous les autres confrères, comme relevé par le Tribunal fédéral. Quant à l'origine de l'atteinte discale, le BREM s'est prononcé en se référant à la littérature médicale citée par le Pr K_____. Le BREM a aussi relevé qu'on aurait pu s'attendre, dans le cas d'une lésion traumatique, à voir sur la première IRM des signes inflammatoires, un œdème sur les plateaux vertébraux C5-C6, ce qui n'était pas le cas. Ainsi, un lien de causalité ne pourrait être admis qu'en vertu du principe juridique « post hoc ergo propter hoc », ce qui est insuffisant selon la jurisprudence en la matière. Le 4 avril 2012, l'assuré forme opposition à cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en se référant à ses observations du 6 janvier 2012. Il maintient qu'à défaut de « bons spécialistes » le rapport du BREM ne contient aucune critique valable de l'opinion du Pr K_____ qui, faute d'une réfutation argumentée, n'en ressort que renforcée. Il relève en outre que la surexpertise reconnaît l'existence d'une déchirure interne du disque C5-C6. De ce fait, il soutient que la conclusion logique est d'admettre l'existence d'un lien de causalité entre cette déchirure et l'accident, ainsi que ses douleurs cervico-céphaliques. Par décision

du 12 juin 2012, l'assureur-accidents rejette l'opposition, en se fondant sur l'expertise du BREM. Par acte du 13 juillet 2012, l'assuré recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'indemnités journalières à partir du 5 août 2008, sous suite de dépens. Préalablement, il demande la suspension de la procédure jusqu'à droit connu sur sa demande de prestations de l'assurance-invalidité. Il maintient que la surexpertise a une valeur probante réduite, du fait que les experts ne se sont pas adjoint les compétences d'un antalgiste-anesthésiste ou d'un neuroradiologue susceptibles d'infirmier ou de confirmer les opinions émises par le Pr K_____ et le Dr N_____. A cet égard, il relève que l'experte rhumatologue, la Dresse O_____, reconnaît implicitement n'avoir des discographies, telles que pratiquées par le Pr K_____, qu'une connaissance livresque et non pratique. Elle admet par ailleurs la pertinence d'une discographie dans le cas en cause pour localiser le siège de la douleur et ainsi la zone d'une intervention chirurgicale éventuelle. Le BREM conforte ainsi le Pr K_____ sur le bienfondé tant de sa démarche que du constat posé. Le recourant en déduit qu'il n'est pas contesté que la symptomatologie douloureuse est d'origine discale. Du fait qu'il ne présentait aucun antécédent à caractère douloureux avant l'accident du 5 août 2006, il s'ensuit que la relation de cause à effet entre le traumatisme subi et la symptomatologie apparaît pour le moins probable, sinon certaine. Par ailleurs, même en admettant que la persistance et l'intensité des douleurs soient à l'origine d'une décompensation sur le plan psychiatrique, cette décompensation n'est pas à l'origine des douleurs. La cause exclusive de celles-ci reste l'accident. Il estime également que le diagnostic de discarthrose banal émis par la Dresse O_____ constitue un postulat d'autant plus hasardeux qu'il est posé par une rhumatologue et non pas par un neuroradiologue. La protrusion discale diminuant le trou de conjugaison C6, mise en évidence par le rapport d'expertise du Dr J_____, n'est pas nécessairement d'origine dégénérative, mais pourrait être d'origine traumatique. Quant à la lourde médication, il la juge nécessaire pour lutter contre les fortes douleurs. Cela ne change cependant rien au fait que celles-ci sont d'origine traumatique, même si les effets du traitement médicamenteux seraient devenus avec le temps néfastes, ce qu'il conteste. Il s'étonne enfin que le BREM ait pu retenir que les douleurs persistantes depuis l'accident n'étaient subitement plus liées à ce dernier après l'écoulement de deux ans, soit jour pour jour dès le 5 août 2008. Dans sa réponse du 20 septembre 2012, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle relève que déjà le Tribunal fédéral avait mis en cause les conclusions du Dr J_____, se fondant sur les résultats de la discographie réalisée par le Pr K_____. En 2006, le radiologue P_____ avait aussi fait état, sur la base d'une IRM cérébrale et d'une IRM cervicale, d'un disque C5-C6 discrètement pincé avec une petite protrusion médiane faisant une discrète empreinte sur le sac dural sans aucun élément compressif, d'origine dégénérative. Selon les experts du BREM, qui ont procédé à de nouvelles imageries médicales, la fuite du produit de contraste, révélant une rupture de l'anneau fibreux, n'est pas une lésion grave, sans élément neurologique associé, si le disque ne donne pas lieu à une hernie. Selon l'expérience clinique, pour une lésion si mineure la guérison intervient, en l'absence d'autres anomalies objectives évidentes telle qu'une instabilité, un processus tumoral ou infectieux à l'origine de l'irritation. De telles anomalies ont été écartées par le BREM. De surcroît, il ressort de l'expertise que, alors que le patient était distrait, il a effectué un mouvement d'extension de la nuque complet, ainsi qu'une flexion de celle-ci sans limitation aucune. En se rhabillant, sa gestuelle était ample et sans restriction. Ainsi, le BREM a retenu que l'importance des handicaps énoncés n'était pas plausible, en se référant

à l'examen clinique et à l'expérience générale. De surcroît, l'avis des experts du BREM se recoupe avec ceux des Drs E_____, H_____ et I_____. Enfin, l'intimée estime que la cause est en l'état d'être jugée et s'oppose à sa suspension. Par écriture du 1^{er} octobre 2012, l'intimée réitère qu'elle s'oppose à la suspension. Par ordonnance du 16 octobre 2012, la Cour de céans rejette la requête de suspension et garde la chose à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si le recourant présente, au-delà du 4 août 2012, une invalidité consécutive à son accident du 5 août 2006. a)

L'assurance-accidents est tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 2 al. 2 LAMal; art. 9 al. 1 OLAA, dans leur teneur en vigueur au moment de l'événement du 2 septembre 2000; cf. ATF 127 V 466, consid. 1 p. 467). b) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV [Meyer, édit.], 2^{ème} éd., Bâle, Genève, Munich 2007, no 79 p. 865). A cet égard, la constatation que l'assuré était asymptomatique avant l'accident repose sur l'adage "post hoc, ergo propter hoc", lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341). En matière de lésions du rachis cervical par accident du type « coup du lapin » (Schleudertrauma, whiplash-injury) sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit, dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau clinique typique (cumul de plaintes telles que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, etc.). Dans un arrêt du 19 février 2008 publié aux ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a encore précisé sa jurisprudence en matière d'accidents de type « coup du lapin » et lésions similaires. c) En ce qui concerne la causalité adéquate, elle est donnée si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid.

5a et les références). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 110 consid. 3a, 123 V 98 consid. 3, 122 V 415 consid. 2c). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références). 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 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 383 ss, 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss). 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 p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 367), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b p. 383), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et SVR 2007 UV n° 8 p. 27, consid. 2 ss, U 277/04, et les références; ATF du 6 mai 2008, 8C 339/2007). d) Si les lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des suites d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan par rapport aux problèmes d'ordre psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique (ATF 123 V 99 consid. 2a ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531 consid. 4a). Ceci vaut lorsque le problème psychique apparaît prédominant directement après l'accident ou encore lorsqu'on peut retenir que durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation, les troubles physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance. En ce qui concerne les troubles psychiques apparaissant dans de tels cas, il ne doit pas s'agir de simples symptômes du traumatisme vécu, mais bien d'une atteinte à la santé (secondaire) indépendante, la délimitation entre ces deux situations devant être faite notamment au regard de la nature et de la pathogenèse du trouble, de la présence de facteurs concrets qui ne sont pas liés à l'accident et du déroulement temporel (RAMA 2001 n° U 412 p. 79). Récemment, le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109). Il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (consid. 7 à 9 de l'arrêt cité). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer, une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident,

d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type "coup du lapin" (consid. 9) et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). 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 (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b ; ATFA non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01). Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 352 consid. 3a). Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). En l'espèce, suite au renvoi de la cause à l'intimée, le recourant a été soumis à une surexpertise par les Drs O _____, rhumatologue et spécialiste en médecine interne, Q _____, psychiatre, R _____, neurologue et S _____, spécialiste ORL et chirurgie cervico-faciale. Au terme de leur expertise particulièrement fouillée et complète (91 pages), les experts arrivent à la conclusion que seuls les acouphènes bilatéraux sur traumatisme acoustique et une surdité légère sont encore en rapport avec l'accident de 2006. Sur le plan psychiatrique, ils constatent que le recourant a développé, dans les suites de l'accident, une agoraphobie avec trouble panique, trouble sévère et une dysthymie, trouble d'intensité modérée. Selon le Dr Q _____ ces atteintes justifient une incapacité de travail de 70 %. Les troubles psychiatriques sont dans un lien de causalité naturelle avec l'accident pendant deux ans au plus à partir de la survenance de celui-ci. Le recourant conteste en premier lieu la valeur probante de la surexpertise, dans la mesure où elle ne s'est pas adjoint les compétences d'un antalgiste-anesthésiste ou d'un neuroradiologue susceptibles d'infirmier ou de confirmer les opinions du Pr K _____ et du Dr N _____. Toutefois, la Dresse O _____ a pris connaissance de la littérature citée par le Pr K _____. Elle reconnaît

la pertinence des techniques utilisées par le Pr K _____ pour s'assurer les niveaux à opérer et pour établir que le patient présente bel et bien comme cause unique de sa douleur une zone lésionnelle pouvant être approchée chirurgicalement. Ces techniques permettent également de mieux cibler les infiltrations. Toutefois, selon la Dresse O _____, les auteurs de la doctrine médicale n'affirment pas que ces techniques permettent d'identifier qu'un niveau lésionnel puisse être mis en relation de causalité avec une atteinte traumatique, dégénérative, infectieuse ou tumorale. Les auteurs estiment que d'autres examens complémentaires sont nécessaires pour répondre à cette question. Or, en l'occurrence, les examens très poussés avec des radiographies, un scanner et des IRM n'ont pas montré des lésions post-traumatiques évidentes qui pourraient conforter les conclusions de la discographie. L'experte rhumatologue explique à cet égard qu'on aurait dû s'attendre, en cas de lésion post-traumatique, à voir sur la première IRM des signes inflammatoires, un œdème sur les plateaux vertébraux C5-C6, ce qui n'était pas le cas. Elle a par ailleurs relaté avoir observé, dans le cas de cervicalgies ou de lombalgies communes d'origine dégénérative discale, une fuite du produit de contraste notamment lorsqu'elle devait utiliser une certaine pression pour injecter le disque. En l'absence de toute donnée de la littérature médicale confirmant que la discographie est un examen de choix pour identifier une lésion traumatique, il lui paraît difficile de mettre en relation une fuite de produit lors de la discographie à la notion d'un traumatisme. Elle n'est pas non plus convaincue que l'ensemble du tableau clinique découle de cette fuite discale et soit relié uniquement au niveau C5-C6, après avoir eu une discussion de synthèse avec l'expert neurologue qui partage ses doutes. Elle n'a ainsi pas trouvé de manifestation cellulalgique, myalgique, téno-périostée de l'étage C5-C6. En outre, s'il est unanimement reconnu qu'une rupture de l'anneau par hernie discale provoque une pression mécanique irritative et la libération de substances chimiques émanant du disque, fortement irritatives pour les structures neuroméningées et pouvant donner lieu à des céphalées, ces signes irritatifs s'atténuent plus ou moins rapidement avant de s'amender, une fois l'inflammation levée chimiquement ou chirurgicalement. Si la discographie permet de les réveiller, cela ne peut expliquer leur persistance sur plusieurs années d'évolution. De surcroît, aucune hernie discale n'a été mise en évidence en l'occurrence. Une fuite du produit de contraste révélant une rupture de l'anneau fibreux n'est pas non plus une lésion grave sans élément neurologique associé et sans la présence d'une hernie. Pour une lésion si mineure, une guérison intervient, en l'absence d'autres anomalies objectives évidentes, tels qu'une instabilité, un processus tumoral ou infectieux à l'origine de l'irritation. De tels éléments font défaut chez le recourant. L'IRM effectuée n'a en effet pas démontré une lésion de l'étage C5-C6 spécifique qui aurait pu évoluer. L'experte relève enfin ne pas comprendre sur quelle référence se fonde le Pr K _____ en ce qu'il estime que d'autres causes que l'accident ne puissent expliquer les plaintes et qu'il n'existe pas de maladie discale dégénérative, pourtant prouvée lors des diverses IRM. Pour ces raisons, l'experte écarte l'avis de ce médecin et retient le diagnostic de discarthrose banale, dégénérative. Les décompensations des cervicarthroses par traumatisme sont par ailleurs de bons pronostics. La situation aurait dû s'améliorer avec le traitement symptomatique et avec le temps. Une évolution aussi longue, une telle résistance thérapeutique, une extension du syndrome douloureux à distance du disque est inhabituelle d'observer, selon l'expérience clinique de ces troubles de l'experte. Sur le plan de médecine interne et sur le plan ostéoarticulaire, il n'y a dès lors pas d'explication biomécanique évidente, selon l'experte. Il appert de ce qui précède que la Dresse O _____ s'est livrée à une analyse approfondie de la doctrine médicale au sujet

de la discographie, pour s'écarter des conclusions du Pr K_____. Les griefs du recourant au sujet de la valeur probante de l'expertise ne sont donc pas fondés. Les conclusions de la Dresse O_____ sont également corroborées par l'expert neurologue qui relève que les documents d'octobre 2006 ne révèlent aucune lésion traumatique au niveau du disque. L'examen neurologique est parfaitement normal. Il n'y a notamment pas d'anomalie radiculaire rendant vraisemblable une souffrance C5-C6. Par ailleurs, un syndrome cervical par accélération-décélération s'améliore spontanément dans les deux ans. L'expert neurologue estime que les expertises précédentes sont convaincantes hormis celle du Dr J_____ qui a attribué beaucoup trop d'importance aux constatations de la discographie. Selon les renseignements que l'expert neurologue du BREM a pris auprès des différents neurochirurgiens, cette procédure engendre des douleurs locorégionales mais pas d'irradiation à l'ensemble de la tête. Une telle présentation entre dans le cadre d'une diminution des seuils de sensibilité à la douleur, ce qu'à démontré également l'expertise du BREM. Il apparaît ainsi que l'avis du Pr K_____ est isolé. Cela étant, la Cour de céans n'a aucune raison de mettre en doute les conclusions des experts du BREM sur le plan orthopédique et neurologique, lesquelles paraissent très convaincantes. Le recourant soutient également que le lien de causalité naturelle doit être admis en vertu de l'adage post hoc ergo propter hoc, n'ayant souffert d'aucun symptôme douloureux avant l'accident. Cependant, comme relevé ci-dessus, ce principe ne peut être retenu pour l'appréciation du lien de causalité, selon la jurisprudence constante en la matière. En ce qui concerne les troubles psychiques liés à l'accident, une causalité naturelle n'a été admise que pendant deux ans. Il est à cet égard à relever qu'il s'agit évidemment d'une appréciation de la durée maximale admissible, ce qui explique qu'une date de deux ans après l'accident, jour pour jour, soit retenue à ce titre. Le recourant ne faisant pas valoir que les troubles psychiques en rapport avec l'accident justifient une invalidité plus longue, dès lors qu'il conteste l'existence de tels troubles, et dans la mesure où l'intimée se rallie aux conclusions du BREM, il n'a y a pas lieu d'examiner le bien-fondé des conclusions de l'expert psychiatre. Avec les experts du BREM, la Cour de céans retiendra ainsi que le recourant ne présente plus d'incapacité de travail en relation avec l'accident deux ans après la survenance de celui-ci. L'intimé était ainsi fondé à mettre fin à ses prestations le 5 août 2008. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure est gratuite. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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 Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le