

GE_GERICHTE A/256/2015 vom 17. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_256_2015

FR: GE_GERICHTE A/256/2015 du 17 mai 2016

IT: GE_GERICHTE A/256/2015 del 17 maggio 2016

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié au Lignon, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Emilie CONTI recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse, Luzern, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimé EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1988, marié, a travaillé comme apprenti installateur en chauffage pour l'entreprise B_____ SA (ci-après : l'employeur) depuis le 24 août 2009 et était assuré à ce titre au sein de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA).!

2. Le 7 juillet 2012, l'assuré a été victime d'un accident alors qu'il était passager d'un véhicule automobile; il a été hospitalisé du 7 au 8 juillet 2012 aux Hôpitaux Universitaire Genevois (ci-après : HUG) ; selon le relevé de séjour des soins intensifs du 8 juillet 2012, un CT total body n'a pas mis en évidence de fracture ou lésion. L'assuré présentait des douleurs latéro-thoraciques gauches à la toux.!

3. Le 10 juillet 2012, le docteur C_____ a certifié une incapacité de travail totale de l'assuré depuis le 9 juillet 2012, probablement pour 15 jours.!

4. Selon la lettre de sortie du 12 juillet 2012 du Service des soins intensifs des HUG, l'assuré a séjourné du 7 au 8 juillet 2012 pour un coma post accident de la voie publique; il présentait un diagnostic principal d'intoxication alcoolique et médicamenteuse et secondaire de séquelles de tuberculose au lobe supérieur droit. L'assuré a été hospitalisé en raison d'un coma survenu post accident de la voie publique dans contexte d'intoxication alcoolique avec une alcoolémie à 2g/L à l'admission. En raison d'un état d'agitation, l'assuré a reçu en pré hospitalier des doses de Ketamine et de Dormicum. C'était dans ce contexte que l'assuré a chuté son Glasgow, ce qui a nécessité une intubation. Il a été extubé quelques heures plus tard sans complication. L'assuré s'est plaint à sa sortie de douleurs latéro-thoracique gauche lors des efforts de toux mise sur le compte de contusions musculo-squelettiques et cédant au Dafalgan et au Brufen. Le scanner thoracique du 7 juillet 2012 a mis en évidence une cavité dans le lobe supérieur droit, le plus probablement séquellaire à une ancienne tuberculose. Absence de fracture.!

5. Le 17 juillet 2012, le Dr C_____ a prolongé l'incapacité de travail de 10 jours; le 26 juillet 2012, il a indiqué qu'elle perdurerait probablement jusqu'au 7 août 2012 et, le 9 août 2012, qu'elle perdurerait jusqu'au 2 septembre 2012. !

6. Le 18 juillet 2012, l'employeur a déclaré l'accident à la SUVA en notant que le véhicule occupé par l'assuré avait percuté une autre voiture, que l'assuré avait subi un écrasement du thorax, bilatéral, côtes et cage thoracique, et qu'il était en incapacité de travail depuis lors. La SUVA a pris le cas en charge.!

7. Le 23 août 2012, l'employeur a informé la SUVA que le contrat d'apprentissage de l'assuré prenait fin au 23 août 2012.!

8. Le 29 août 2012, le Dr C_____ a rempli un rapport médical

intermédiaire de la SUVA et indiqué un diagnostic de coma post accident de la voie publique, contusion thoracique antérieur; l'évolution était favorable, avec la persistance d'une douleur à l'effort au niveau sterno-claviculaire gauche; le pronostic était bon; une reprise de travail était prévue pour le 3 septembre 2012.![endif]>![if> 9. Le 31 août 2012, l'assuré a répondu à un questionnaire de la SUVA en indiquant qu'il avait sa ceinture de sécurité au moment de l'accident et qu'il n'était toujours pas apte à travailler.![endif]>![if> 10. Le 8 octobre 2012, l'assuré a informé la SUVA que le traitement n'était pas achevé. ![endif]>![if> 11. Un examen radiologique du grill costal gauche du 16 janvier 2013 a conclu à l'absence de fracture costale et de luxation; remaniement de la jonction chondro-costale et de presque toute l'étendue du cartilage costal de la première côte gauche, jusqu'à sa jonction avec le sternum. Il s'agissait vraisemblablement d'une séquelle post-traumatique. Il n'y avait pas d'autre lésion costale évidente, à gauche comme à droite, ni anomalie sternale évidente. La structure osseuse était normale.![endif]>![if> 12. Selon le rapport de police du 22 janvier 2013, le conducteur du véhicule dans lequel l'assuré était passager (ci-après : le conducteur), était sous l'influence de l'alcool et de cannabinoïdes et conduisait à une vitesse inadaptée aux circonstances. Le véhicule avait heurté un autre véhicule, puis était parti en embardée, avait percuté un muret en béton et un poteau. Le conducteur avait été grièvement blessé et l'assuré, également sous l'influence de l'alcool, que légèrement (dermabrasions multiples).![endif]>![if> 13. Le 30 janvier 2013, le Dr C_____ a rempli un rapport médical intermédiaire de la SUVA en posant le diagnostic de status post coma, post accident de la voie publique. Douleurs costales inférieures gauches et sternales. Cervicalgie post-traumatique. Depuis l'accident, persistance des douleurs au niveau costal antérieur gauche pour laquelle une RX du grill costal avait été pratiquée le 16 janvier 2013. Une reprise de travail était prévue le 22 janvier 2013.![endif]>![if> 14. Le 27 février 2013, l'assuré a indiqué à la SUVA que le traitement médical n'était pas achevé et que le Dr C_____ lui avait prescrit le 18 février 2013, neuf séances de physiothérapie.![endif]>![if> 15. Des examens de la colonne cervicale ont été effectués le 13 mai 2013 par le docteur D_____, FMH radiologie. Celui-ci a indiqué ce qui suit :![endif]>![if> Colonne cervicale : ancien tassement antérieur de C6, avec perte de hauteur de son mur antérieur, sans atteinte du mur postérieur et remaniement de son plateau supérieur (post-traumatique). Pas de trouble statique dans le plan frontal. Angulation à sommet antérieur, centré sur C4-C5 (les segments C2 à C4 et C5 à C7 sont rectilignes). Glissements postérieurs de C3/C4 et de C4-C5 (1mm) et de C5-C6 (inférieur à 1 mm). En hyperflexion : il persiste un très discret glissement postérieur de C3-C4 (inférieur à 1 mm), les autres glissements postérieurs s'amendent et apparaît un léger glissement antérieur de C6-C7 (inférieur à 1 mm). En hyperextension : les glissements postérieurs de C3-C4 et de C4-C5 s'accroissent (2mm) et le glissement postérieur de C5-C6 s'accroît aussi (1,5 mm). Début de spondylodiscarthrose en C6-C7 (pouvant être post-traumatique). L'incidence de l'apophyse odontoïde révèle une dens légèrement rapprochée de la masse latérale droite de l'atlas, suggérant une lésion ligamentaire à ce niveau, sans fracture ni autre anomalie de la dens. Le canal cervical est de dimensions normales. La structure osseuse est normale. Il n'y a pas d'épaississement pathologique des tissus mous pré-vertébraux. 16. Le 14 mai 2013, l'assuré a indiqué à la SUVA que le traitement médical n'était pas achevé.![endif]>![if> 17. Le 19 juin 2013, le docteur E_____, chef de clinique au département de chirurgie, a écrit au docteur F_____, médecin praticien, que l'assuré décrivait un novembre 2012 des symptômes douloureux de la nuque avec une sensation d'affaissement, puis des nuchalgies importantes avec occasionnellement une irradiation dans le bras gauche. Le bilan

radiologique montrait des signes de cervicarthrose mutliétagées; il proposait une IRM du rachis cervical thoracique.![endif]>![if> 18. Une IRM du rachis cervico-dorsal du 9 juillet 2013 a conclu à une protrusion discale C2-C3 postéro-latérale gauche (sans myélopathie en regard); étroitesse constitutionnelle du canal rachidien.![endif]>![if> 19. Les 14 septembre et 11 octobre 2013, l'assuré a indiqué à la SUVA que le traitement médical n'était pas achevé.![endif]>![if> 20. Le 7 novembre 2013, le Dr F_____ a rempli un rapport médical intermédiaire de la SUVA en indiquant un diagnostic de cervicalgies avec paresthésie des membres supérieurs des deux côtés; tassement antérieur de C6; spondylarthrose C6-C7; protrusion discale C2-C3. Depuis l'accident du 7 juillet 2012, l'assuré ne s'était pas remis des cervicalgies et des dorsalgies. Actuellement, ses différentes douleurs étaient associées à des paresthésies aux deux membres supérieurs; il se plaignait également de faiblesses et raideurs matinales aux deux membres supérieurs. Une reprise de travail n'était pas prévue et il fallait s'attendre à un dommage permanent (spondylarthrose C6-C7, faiblesse des membres supérieurs et cervicarthrose multiétagée).![endif]>![if> 21. Le 18 décembre 2013, le docteur G_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a écrit au Dr F_____ que l'assuré, qu'il avait examiné ce jour à la consultation spécialisée du rachis, présentait des cervicalgies et une brachialgie bilatérale d'allure pseudoradiculaire; les cervicalgies pourraient être circonscrites dans le contexte post-traumatique de 2012 sous forme d'une entorse cervicale de longue évolution.![endif]>![if> 22. Le 23 janvier 2014, l'assuré a informé la SUVA que le traitement était en cours auprès des Drs F_____ et G_____.![endif]>![if> 23. Le 15 février 2014, le Dr F_____ a indiqué à la SUVA un état stationnaire, avec un risque de chronicisation des cervicalgies et brachialgies. L'incapacité de travail perdurait.![endif]>![if> 24. Le 7 avril 2014, le Dr G_____ a écrit au Dr F_____ que l'IRM avait montré une sténose foraminale bilatérale C6/C7, peut-être responsable des symptômes et qu'il convenait de réaliser une infiltration foraminale avant d'aller de l'avant.![endif]>![if> 25. Le 17 juillet 2014, l'assuré a indiqué à la SUVA qu'il continuait un suivi auprès du Dr F_____.![endif]>![if> 26. Le 22 juillet 2014, le Dr F_____ a certifié une incapacité de travail totale depuis le 22 juillet 2014, d'une durée indéterminée, en raison de l'accident du

E. 7

juillet 2012.![endif]>![if> 27. Le Dr F_____ a annoncé l'assuré à l'OAI le 24 juillet 2014 et un entretien de détection précoce a eu lieu le 9 septembre 2014.![endif]>![if> 28. Le 5 août 2014, le Dr C_____ a indiqué à la SUVA qu'une dernière consultation avait eu lieu le 23 mai 2013 avec une nette amélioration après la physiothérapie; l'assuré était guéri, le traitement terminé et la capacité de travail entière depuis le 6 mai 2013.![endif]>![if> 29. Le 9 septembre 2014, le Dr F_____ a indiqué que la situation était inchangée, avec une raideur matinale des deux membres, des paresthésies aux deux membres supérieurs, une faiblesse aux membres supérieurs et des cervicalgies; l'incapacité de travail perdurait.![endif]>![if> 30. Le 22 septembre 2014, le Docteur H_____, médecin-conseil de la SUVA, a estimé que la nouvelle incapacité de travail dès le 22 juillet 2014 n'était pas en rapport avec l'accident du 7 juillet 2012; il n'y avait eu aucune information sur un traumatisme cervical lors du passage aux HUG les 7 et 8 juillet 2012.![endif]>![if> 31. Le 24 septembre 2014, la SUVA a écrit à l'assuré qu'il n'existait aucun lien de causalité entre l'événement du 7 juillet 2012 et la nouvelle incapacité de travail du 22 juillet 2014, de sorte qu'elle ne versait aucune prestation.![endif]>![if> 32. Le 1^{er} octobre 2014, l'assuré a écrit à la SUVA que depuis l'accident, il avait des faiblesses des membres supérieurs, des

fourmis et des engourdissements des bras; le 22 juillet 2014, il avait ressenti de grosses douleurs; il contestait le refus de prise en charge.![endif]>![if> 33. Par décision du 10 octobre 2014, la SUVA a refusé de prendre le cas en charge. ![endif]>![if> 34. Le 14 octobre 2014, l'assuré a fait opposition à cette décision en reprenant les termes de son courrier du 1^{er} octobre 2014 et requis un rendez-vous avec la SUVA.![endif]>![if> 35. Le 1^{er} décembre 2014, le Dr H_____ a rendu une appréciation médicale selon laquelle il n'y avait pas de lésion cervicale au moment du traumatisme ni de symptomatologie clinique neurologique ou cervicale, de sorte que l'incapacité de travail annoncée n'était pas en relation avec l'accident.![endif]>![if> 36. Par décision du 4 décembre 2014, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assuré en se fondant sur l'avis du Dr H_____ ; par ailleurs, même si l'assuré avait subi une contusion/distorsion cervicale, celle-ci aurait cessé de produire des effets après six à douze mois.![endif]>![if> 37. Le 18 décembre 2014, l'assuré a recouru auprès de la SUVA à l'encontre de la décision sur opposition du 4 décembre 2014; il souhaitait que le médecin d'arrondissement de la SUVA le rencontre; depuis le 29 septembre 2012, date à laquelle le Dr C_____ avait annoncé les problèmes de santé suite à l'accident, ceux-ci étaient en lien avec l'accident; il en était de même des problèmes annoncés par le Dr F_____ en juillet 2014; la faiblesse des membres supérieurs, les douleurs et « les fourmis » étaient directement en lien avec l'accident. ![endif]>![if> 38. Le 26 janvier 2015, l'assuré, représenté par une avocate, a recouru à l'encontre de la décision sur opposition du 4 décembre 2014 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice; le Dr H_____ ne l'avait jamais examiné; ses troubles au niveau de la colonne cervicale étaient en lien avec l'accident, le rapport de radiologie du 13 mai 2013 attestant d'atteintes post-traumatiques et d'une lésion ligamentaire; le Dr G_____ avait évoqué une entorse cervicale de longue évolution; une expertise était nécessaire, rhumatologique et radiologique.![endif]>![if> 39. Le recours du 18 décembre 2014 a été transmis par la SUVA à la chambre de céans le 28 janvier 2015, laquelle a enregistré le recours le 27 janvier 2015.![endif]>![if> 40. Le 20 février 2015, l'assuré a complété son recours. Il s'était inscrit au chômage dès le 3 septembre 2012 et avait tenté de suivre les cours théoriques de son école; le Dr C_____ avait complété son diagnostic le 30 janvier 2013 en mentionnant une cervicalgie post-traumatique. La spondylarthrose C6-C7, la protrusion discale C2-C3, le tassement antérieur C6 et les cervicalgies avec paresthésie des membres supérieurs étaient en relation de causalité avec l'accident. La SUVA avait pris en charge les troubles du rachis cervical jusqu'au 22 juillet 2014; l'avis du Dr H_____ était très sommaire et il ne l'avait pas examiné; le fait que les HUG n'aient pas signalé de cervicalgie ne pouvait être déterminant, car il n'avait passé qu'une nuit aux soins intensifs et n'avait pu être examiné par des spécialistes; il souhaitait une expertise rhumatologique, radiologique et neurologique.![endif]>![if> 41. Le 23 mars 2015, la SUVA, représentée par un avocat, a conclu au rejet du recours. La première mention de douleurs cervicales avait été rapportée en janvier 2013, soit plus de 6 mois après l'accident seulement; l'avis circonstancié du Dr H_____ devait être suivi; l'assuré présentait des altérations dégénératives de la colonne cervicale, de sorte que même s'il avait souffert d'une entorse cervicale, l'aggravation traumatique de l'état antérieur ne pouvait être admise que pendant 12 mois; il n'y avait pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire.![endif]>![if> 42. Le 20 avril 2015, l'assuré a répliqué en relevant qu'il souhaitait une expertise orthopédique et neurologique; le choc et ses conséquences étaient importants, puisqu'il avait subi un coma profond; la contusion thoracique n'était pas mentionnée dans le rapport des HUG comme étant antérieure au choc; les troubles au niveau cervical n'avaient pas été décelés immédiatement; des cervicalgies

post-traumatiques avaient été constatées par le Dr C_____ en janvier 2013; la causalité des cervicalgies et de l'accident avaient été reconnue par les médecins-traitants (Drs D_____, F_____, C_____ et G_____); l'avis du Dr H_____ n'était pas probant; la SUVA avait pris en charge le cas jusqu'en juin 2014, soit également la problématique cervicale et il n'était pas explicable qu'elle conteste subitement le lien de causalité entre les atteintes et l'accident.![endif]>![if> 43. Le 20 avril 2015, la chambre de céans a entendu le recourant en audience de comparution personnelle. Celui-ci a déclaré que son frère, assis à l'arrière de la voiture, avait vu que sa tête avait, au moment du choc, effectué un mouvement d'avant en arrière. Fin décembre / début janvier, il avait ressenti en se douchant, alors qu'il avait les deux bras au-dessus de la tête, une vive douleur à la nuque, avec sensation de "descente d'étages", de tassement de vertèbres, ayant entraîné des douleurs à la nuque et des sensations de fourmis dans les bras.![endif]>![if> En juillet 2014, alors qu'il se brossait les dents, il avait ressenti une douleur intense dans le bras droit, laquelle relevait du même problème à la nuque survenu fin 2012; il avait subi une entorse cervicale, puis un tassement des vertèbres; il demandait une expertise rhumatologique et neurologique. 44. Le 28 avril 2015, la SUVA a communiqué le décompte des prestations versées à l'assuré, soit la prise en charge des frais médicaux du 7 juillet 2012 au 23 août 2014 et le versement d'indemnités journalières du 10 juillet au 2 septembre 2012.![endif]>![if> 45. Le 30 avril 2015, l'assuré a observé que la SUVA avait accepté la causalité entre les atteintes et l'accident jusqu'en août 2014, de sorte qu'elle ne pouvait refuser de prendre en charge l'incapacité de travail de juillet 2014. ![endif]>![if> 46. À la demande de la chambre de céans, le Dr D_____ a précisé le 15 mai 2015 qu'un ancien tassement était un événement qui ne s'était pas produit dans les trois mois précédant la radiographie, mais qu'il ne pouvait dater l'événement. Une vertèbre de morphologie angulaire pouvait avoir comme cause une fracture en flexion ou certaines maladies (exclues dans le cas de l'assuré); la spondylodiscarthrose était une maladie articulaire dégénérative, due à la dysharmonie de l'interaction entre la vertèbre dont la forme est modifiée et les vertèbres voisines; elle apparaissait plus tardivement que dans un délai de dix mois, de sorte qu'il ne pouvait affirmer une relation de causalité entre l'accident et la spondylodiscarthrose; il ne pouvait retenir un lien entre, d'une part, le mouvement de « lever les bras » et le tassement vertébral et, d'autre part, entre le mouvement de « lever les bras » et la spondylodiscarthrose décrite. Par contre, compte tenu de l'existence de la spondylodiscarthrose, ce mouvement de « lever les bras » aurait pu déclencher les symptômes de douleurs à la nuque et la sensation de fourmis dans les bras. Le tassement vertébral pourrait être en rapport avec l'accident du 7 juillet 2012 d'autant plus qu'il était accompagné de l'angulation décrite et de la rectitude des segments en amont et en aval (C2 à C4 et C5 à C7).![endif]>![if> 47. Le 1 er juin 2015, la SUVA a requis de l'assuré la production de son dossier radiologique, ce que ce dernier a fait le 15 juin 2015.![endif]>![if> 48. Le 5 juin 2015, l'assuré a observé que le Dr D_____ avait confirmé que l'accident pouvait être à l'origine du tassement de vertèbres.![endif]>![if> 49. Le 31 juillet 2015, la SUVA a transmis une appréciation orthopédique du docteur I_____, FMH chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur, lequel niait toute causalité entre l'accident et les troubles cervicaux puis cervico-brachialgiques de l'assuré et retenait un statu quo ante atteint le 23 mai 2013. Une expertise judiciaire n'était pas nécessaire.![endif]>![if> 50. Dans son appréciation du 31 juillet 2015, le Dr I_____ a analysé tous les diagnostics posés par les différents intervenants depuis l'accident. Le coma d'origine toxique n'avait pas engendré de séquelles; la contusion thoracique antérieure gauche pouvait être validée; la calcification de la zone chondrocostale du premier arc était

un phénomène parfaitement normal, qui existait déjà sur le CT-scan au jour de l'accident et n'était pas un remaniement post-traumatique. À la lecture du CT-scan du 7 juillet 2012, il pouvait exclure une fracture du corps vertébral de C6 en conséquence de l'accident du 7 juillet 2012, car la déformation constatée par le Dr D_____ le 13 mai 2013 était déjà visible le 7 juillet 2012, de sorte qu'elle était antérieure à l'accident; le petit tassement vertébral correspondait à une déformation d'origine développementale et non traumatique; la protrusion discale C2-C3 apparaissait aussi sur les images CT-scan et était sans conséquence. La hernie discale et la discopathie C6-C7 étaient déjà visibles sur le CT-scan : il n'y avait pas d'aggravation des atteintes entre les images CT-scan et l'IRM. Il retenait le diagnostic de canal cervical étroit congénital chez l'assuré; le diagnostic de sténose foraminale pouvait être confirmé, mais n'était pas symptomatique s'agissant des glissements intervertébraux cervicaux; il relevait que les décalages intervertébraux correspondaient à une situation physiologique; l'assuré ne présentait pas d'instabilité. Il n'y avait pas de pathologie ligamentaire C1-C2; il n'y avait pas de rigidité segmentaire. Au niveau cervical, l'assuré était affecté d'un canal étroit constitutionnel mais également dégénératif sur discopathies C2-C3 et C6-C7 avec herniation postéro-latérale gauche et sténose foraminale bilatérale en C6-C7. Ces différentes pathologies étaient déjà présentes au jour de l'accident et elles n'apparaissaient pas avoir été décompensées structurellement, en considération de l'imagerie au jour de l'accident et de celles effectuées au décours. La symptomatologie thoracique n'avait pas pu être si importante qu'elle aurait pu masquer une symptomatologie cervicale (il n'y avait pas d'hématome, ni de douleur à la palpation). Les cervicalgies apparues fin 2012 n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident; il constatait qu'au décours de l'accident du 7 juillet 2012, respectivement à environ quatre mois d'un accident avec symptomatologie initiale au niveau thoracique antérieur gauche sur contusion, l'assuré avait présenté de manière spontanée un épisode de cervicalgies aiguës, s'étant ensuite chronicisées et ayant évolué vers des cervicobrachialgies. Le statu quo ante était atteint le 23 mai 2013, date de la consultation chez le Dr C_____. Un examen neurologique était indiqué pour établir si l'assuré présentait une symptomatologie fruste de myélopathie, vu le canal étroit mixte et d'investiguer pour les paresthésies une éventuelle spasmophilie. 51. Le 12 août 2015, l'assuré a observé qu'il convenait de soumettre aux Drs D_____ et G_____ le rapport du Dr I_____ et les images CT-scan du 7 juillet 2012. Le 31 août 2015, il a observé qu'en 2000 et en 2010, il avait déjà effectué des examens médicaux, en particulier des images du thorax, qui n'avaient pas montré d'anomalies du type de celles mentionnées par le Dr I_____. Il a transmis un rapport de radiologie (colonne cervicale) du 17 août 2015 du Dr D_____, envoyé au Dr F_____, concluant à : « Colonne cervicale : pas de comparatif. Ancien tassement antérieur de C6, avec perte de hauteur de son mur antérieur, sans atteinte de son mur postérieur, accompagnée d'un remaniement de son plateau supérieur. Pas de trouble statique dans le plan frontal. Discrète inversion de la courbure lordotique en C2-C3, cette courbure est préservée ailleurs (en position neutre). Glissements postérieurs de C2/C3 (inférieur à 1 mm), de C3/C4 et de C4/C5 (1 mm) et de C5/C6 (inférieur à 1 mm). En hyperextension : le glissement postérieur de C2/C3 reste inchangé. Les glissements postérieurs de C3/C4 et de C4/C5 s'accroissent légèrement (1,5 mm) et le glissement postérieur de C5/C6 s'accroît légèrement (1 mm). Début de spondylose en C5-C6 (compte tenu du remaniement du plateau supérieur de C6) et début de spondylodiscarthrose en C6-C7. Le canal cervical est de dimensions normales. La structure osseuse est normale. Il n'y a pas d'épaississement pathologique des tissus mous pré-vertébraux. » 52. A la demande de la chambre de céans, le Dr D_____ a indiqué le 2

septembre 2015 qu'il avait lu attentivement l'appréciation du Dr I_____, que les caractéristiques radiologiques de la vertèbre C6 évoquaient en premier lieu une étiologie traumatique, avec une vertèbre cunéiforme traumatique, que le traumatisme ne pouvant être daté, il ne pouvait établir une relation absolue avec l'accident de 2012, que le CT-scan du jour de l'accident permettrait de dater la lésion vertébrale, que la spondylodiscarthrose n'était pas séquentielle à l'accident, qu'une lésion cartilagineuse (côté gauche) avait été évoquée, mais que, finalement, celle-ci était seulement possible plutôt que vraisemblable.![endif]>![if> 53. Le 18 septembre 2015, à la demande de la chambre de céans, le Dr D_____ a pris connaissance de l'examen radiologique de la colonne cervicale et du CT-scan de celle-ci « effectué une semaine après l'accident » et a exclu la survenance d'une fracture de C6 une semaine avant l'examen, au motif qu'il n'y avait pas d'hématome.![endif]>![if> 54. A la demande de la chambre de céans, le Dr G_____ a indiqué le 3 novembre 2015 que compte tenu de l'évolution, notamment le délai d'apparition des symptômes et le caractère neuropathique des douleurs, il ne pensait pas qu'il existait un lien de causalité naturelle entre les plaintes de l'assuré (nuque et bras) et l'accident ; l'hypothèse avancée que les sténoses foraminales étaient éventuellement responsables des symptômes de l'assuré n'avait pas été confirmée car ce dernier avait refusé l'infiltration foraminale préconisée en avril 2014 ; les sténoses foraminales n'étaient vraisemblablement pas en lien avec un processus traumatique, le tassement antérieur de C6 et la spondylodiscarthrose C6-C7 étaient plutôt en relation avec l'accident du 7 juillet 2012 et de façon peu vraisemblable avec le mouvement des bras effectué par l'assuré en décembre 2012. Vu l'intervalle asymptomatique entre l'accident et les symptômes radiculaires et la discopathie, il était difficile de les mettre en lien.![endif]>![if> 55. Le 8 décembre 2015, la SUVA a observé que le Dr G_____ rejoignait sa propre position ; une expertise judiciaire n'était pas nécessaire et le recours devait être rejeté.![endif]>![if> 56. Le 8 décembre 2015, l'assuré a observé que le Dr G_____ se contredisait car il excluait une entorse cervicale de longue durée en raison de la présence d'une sténose foraminale tout en ne pouvant confirmer que celle-ci était responsable des symptômes ; en plus, il s'écartait de son avis du 18 décembre 2013 faisant état d'une entorse cervicale de longue évolution. Le Dr D_____ avait retenu un traumatisme de la vertèbre C6, de sorte que l'accident du 7 juillet 2012 l'avait occasionné, aucun autre traumatisme ne ressortant du dossier ; l'absence d'hématome à une semaine de l'accident n'était pas déterminant ; une expertise judiciaire en chirurgie orthopédique et en neurologie était nécessaire.![endif]>![if> 57. A la demande de la chambre de céans, le Dr D_____ a précisé le 19 décembre 2015 qu'il avait retenu à tort que le CT-scan avait été réalisé une semaine après l'accident alors qu'il datait du jour de l'accident et que ses arguments développés le 18 septembre 2015 restaient valables, de sorte qu'il pouvait exclure avec confiance une fracture datant du même jour que la réalisation du CT-scan de la colonne cervicale.![endif]>![if> 58. Le 22 janvier 2016, l'assuré a observé que le fait que le Dr D_____ excluait une fracture datant du même jour que l'accident n'était pas déterminant dès lors que ce médecin maintenait que la morphologie de la vertèbre C6 était vraisemblablement post-traumatique ; une expertise médicale permettrait de clarifier la situation.![endif]>![if> 59. Le 26 janvier 2016, la SUVA a observé que le Dr D_____ ne pouvait établir une relation entre la morphologie post-traumatique de la vertèbre C6 et l'accident de 2012, de sorte qu'un traumatisme cervical dû à l'accident pouvait être exclu ; une expertise n'était pas nécessaire.![endif]>![if> 60. Le 9 février 2016, l'assuré a transmis de nouvelles pièces médicales, soit :![endif]>![if> - un rapport du 9 décembre 2015 du Dr G_____ adressant l'assuré

au docteur J_____, médecin adjoint à la consultation spécialisée du rachis des HUG en indiquant que les symptômes avaient évolué jusqu'au point d'une symptomatologie bilatérale avec des paresthésies irradiant la partie postérieure des deux bras, les avant-bras et les doigts ;

- un rapport du Dr J_____ du 7 janvier 2016 posant le diagnostic de troubles sensitifs des membres supérieurs bilatéralement, d'origine peu claire, canal cervical étroit constitutionnel avec des remaniements dégénératifs discrets, sans compression médullaire et sans signe de myélopathie radiologique. Une IRM cervicale du 20 novembre 2015, effectuée dans ce contexte, mettait en évidence une rectilignisation de la colonne cervicale, avec des remaniements dégénératifs discrets multi-étagés dans un contexte d'un canal cervical étroit constitutionnel (diamètre maximal du canal cervical à

E. 9

mm), sans compression médullaire et sans signe de myélopathie. On notait un discret rétrécissement foraminaux C4 bilatéralement et C6 à gauche, qui ne semblaient pas symptomatiques et n'expliquaient pas la symptomatologie actuelle. L'assuré présentait une symptomatologie, qui semblait progressive, qui pourrait être expliquée par une atteinte médullaire cervicale, mais sans corrélat sur l'IRM où on ne retrouvait pas de compression médullaire, ni de signes de myélopathie. Pour exclure complètement une compression médullaire dynamique, produite par l'extension de la colonne cervicale, possible dans le contexte de troubles dégénératifs associé à un canal cervical étroit constitutionnel, une IRM cervicale dynamique serait nécessaire. Une atteinte de type radiculaire des membres supérieurs, éventuellement en relation avec les rétrécissements foraminaux discrets, présente sur l'IRM, était peu probable, vu que l'assuré ne présentait aucune irradiation de ses douleurs cervicales dans les membres supérieurs et les troubles sensitifs étaient mal systématisés, sans évoquer un territoire radiculaire clair. Le tableau clinique pourrait éventuellement être lié à une atteinte des nerfs périphériques sans avoir assez d'éléments cliniques pour différencier une atteinte du nerf ulnaire ou du nerf médian ;

- un rapport d'examen électrophysiologique du 21 janvier 2016 concluant à des signes en faveur d'un syndrome du canal carpien myélinique sensitivo-moteur à D et sensitif à G, de degré léger à modéré. On ne retrouvait en revanche pas de signes parlant pour une atteinte radiculaire ou plexulaire.

L'assuré a relevé que la sténose foraminaux bi-étagée n'était pas, selon le Dr J_____, à l'origine des symptômes ; il fallait en conclure que l'apparition des douleurs s'inscrivait bien dans le cadre d'une entorse cervicale de longue évolution ; il sollicitait une expertise. 61. A la demande de la chambre de céans, l'assuré a indiqué, le 4 mars 2016, qu'il n'entendait pas se soumettre dans l'immédiat à l'IRM cervicale dynamique évoquée par le Dr J_____, ses médecins doutant que cet examen puisse apporter une réelle amélioration à son état de santé.

62. A la demande de la chambre de céans, le Dr J_____ a indiqué le 8 avril 2016 qu'il avait pris en charge l'assuré en raison de paresthésies irradiées aux membres supérieurs apparues suite à un accident du 7 juillet 2012 ; une électroneuromyographie du « 21 juillet 2016 » démontrait la présence d'un syndrome du tunnel carpien sensitivo moteur à droite et sensitif à gauche, de degré léger à modéré, sans signe d'une atteinte radiculaire ou plexulaire cervicale. Les symptômes, type paresthésies décrits par l'assuré, semblaient être liés à un syndrome du tunnel carpien, qui n'avait aucun lien de causalité par rapport à l'accident de circulation dont il avait été victime le 7 juillet 2012. Une IRM cervicale dynamique n'avait pas été acceptée par l'assurée, mais compte tenu de la trouvaille électrophysiologique à l'électroneuromyographie, cet examen ne serait pas nécessaire. Il n'y avait pas de compression médullaire sur l'IRM cervicale standard. La cause de la symptomatologie

présentée ce jour pas l'assuré était très probablement liée à un développement d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral.![endif]>![if> 63. Le 3 mai 2016, l'assuré a observé qu'au vu du diagnostic nouveau de syndrome du tunnel carpien et de la complexité de la situation médicale, une expertise orthopédique et neurologique était nécessaire.![endif]>![if> 64. Le 4 mai 2016, la SUVA a observé que, selon le Dr J_____, la symptomatologie de l'assuré était sans aucun lien avec l'accident de juillet 2012, qu'il n'y avait pas de traumatisme cervical dans les suites immédiates de l'accident et qu'une expertise judiciaire n'était pas nécessaire.![endif]>![if> 65. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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 1er 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).![endif]>![if> 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.![endif]>![if> 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.![endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée depuis le 22 juillet 2014.![endif]>![if> 5. 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).![endif]>![if> La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 6. 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.![endif]>![if> 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). 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. 7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). S'agissant de l'aggravation d'un état antérieur dégénératif au niveau de la colonne vertébrale, le statu quo sine est dans la règle atteint après 6 ou 9 mois, mais au plus tard après un an (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid.4.2).

8. 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). Le caractère adéquat du lien de causalité ne doit être

admis que si l'accident revêt une importance déterminante par rapport à l'ensemble des facteurs qui ont contribué à produire le résultat considéré, notamment la prédisposition constitutionnelle. Cela étant, dans ce contexte, il sied encore de préciser que la causalité adéquate ne peut pas déjà être niée en raison d'une prédisposition constitutionnelle dès lors que la question de l'adéquation en général se détermine non seulement en tenant de personnes saines tant sur le plan psychique que physique mais également en tenant compte de personnes avec une prédisposition constitutionnelle (ATF 115 V 403 consid. 4b) !endif]>![if> 10. 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). !endif]>![if> 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). 11. L'art. 6 al. 2 LAA a conféré au Conseil fédéral la compétence d'étendre la prise en charge par l'assurance-accidents à des lésions assimilables à un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), adopté sur la base de cette disposition, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: fractures (let. a), des déboîtements d'articulation (let. b), des déchirures du ménisque (let. c), des déchirures de muscles (let. d), des elongations de muscles (let. e), des déchirures de tendons (let. f), des lésions de ligaments (let. g) et des lésions du tympan (let. h). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b et les arrest cités). En l'absence de cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA - les troubles constatés ne sont pas à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 4.2). !endif]>![if> Il y a lieu d'admettre l'existence d'une cause extérieure lorsque le geste du quotidien qui a conduit à la douleur sollicite le corps, en particulier ses membres, dans une mesure supérieure à ce qui est normal d'un point de vue physiologique et maîtrisé d'un point de vue psychologique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 2).

E. 12

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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écartier d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le

droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

E. 13

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).

E. 14

a. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). b. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3). c. Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008

consid. 2.2).

E. 15

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). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 16

En l'espèce, le recourant invoque un lien de causalité adéquate et naturelle entre l'accident du 7 juillet 2012 et les troubles dont il souffre depuis le 22 juillet 2014, en particulier au niveau de la colonne cervicale ; il se prévaut des avis du Dr D_____ des 13 mai 2013, 15 mai 2015, 17 août 2015, 2 septembre 2015 et 18 septembre 2015, ainsi que du premier avis du Dr G_____ du 12 décembre 2013. Il estime en outre, au vu de l'avis du Dr J_____ du 8 avril 2016, qu'une expertise judiciaire est nécessaire. L'intimé relève que, faute de lésion cervicale au moment du traumatisme ou de décompensation d'une pathologie préexistante à l'accident, les troubles de la colonne cervicale ne peuvent être mis en relation pour le moins probable avec l'accident, en se fondant pour cela sur les avis des Drs H_____ des 22 septembre 2014 et 1^{er} décembre 2014, I_____ du 31 juillet 2015, G_____ du 3 novembre 2015, D_____ du 19 décembre 2015 et J_____ du 8 avril 2016.

E. 17

a. La chambre de céans constate que l'instruction complémentaire qu'elle a menée auprès des Drs D_____, G_____ et J_____ est suffisante, sans qu'une expertise judiciaire ne soit nécessaire, pour statuer sur le cas du recourant et qu'elle conduit à nier, au degré de la vraisemblance prépondérante, tout lien de causalité naturelle entre les troubles dont se

plaint l'assuré au-delà du 22 juillet 2014 et l'accident du 7 juillet 2012. b. Il convient préalablement de constater que les circonstances dans lesquelles sont apparues les douleurs du recourant aux bras et à la nuque, soit entre décembre 2012 et janvier 2013, puis le 22 juillet 2014, respectivement pendant que le recourant se douchait en effectuant un mouvement de levée des bras au-dessus de la tête et pendant qu'il se brossait les dents, ne sauraient être qualifiés d'accident (art. 4 LPGa), ni même de facteur extérieur nécessaire pour reconnaître la présence d'une lésion assimilée (art. 9 al. 20 LAA), ; le recourant ne le prétend d'ailleurs pas. Il soutient cependant que les douleurs au bras droit ressentie en juillet 2014 et l'incapacité de travail en découlant relèvent du même problème, soit des douleurs aux bras et à la nuque survenues antérieurement, entre décembre 2012 et janvier 2013 et que celles-ci sont elles-mêmes une suite de l'accident du 7 juillet 2012. Au vu de ces explications, le recourant invoque l'apparition de séquelles tardives de l'accident du 7 juillet 2012, les troubles aux bras et à la nuque étant survenus, pour la première fois, environ six mois après l'accident. Or, le recourant n'a pas apporté la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ces troubles seraient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. A cet égard, le Dr D_____ a précisé le 12 septembre 2015 qu'au vu de l'image CT-scan du jour de l'accident et de celle, radiologique, du 13 mai 2013, la morphologie post-traumatique de la vertèbre C6 qu'il a constatée et confirmée, ne pouvait provenir de l'événement accidentel du 7 juillet 2012. Le 19 décembre 2015, il a même indiqué qu'il pouvait exclure avec confiance une fracture datant du jour de l'accident. S'agissant du Dr G_____, il a précisé le 3 novembre 2015 qu'il ne pensait pas qu'il existait un lien de causalité naturelle entre les douleurs du recourant à la nuque et au bras ressenties fin décembre 2012 et l'accident du 7 juillet 2012, notamment compte tenu du délai d'apparition des symptômes et le caractère neuropathique des douleurs, que la sténose foraminale pourrait expliquer les symptômes même s'il n'y avait pas, en l'absence d'une infiltration foraminale, de certitude à cet égard et que la sténose foraminale n'était vraisemblablement pas en lien avec le traumatisme. Même si le Dr G_____ a considéré que le tassement antérieur de C6 et la spondylodiscarthrose étaient plutôt en lien avec l'accident du 7 juillet 2012 qu'avec le mouvement de bras effectué par le recourant alors qu'il se douchait, cette relation a été clairement niée par le Dr D_____, sur la base d'un examen minutieux des images CT-scan et radiologique. Quant au Dr J_____, il a clairement exclu, le 8 avril 2016, tout lien de causalité entre les symptômes de type paresthésie aux membres supérieurs du recourant et l'accident, en considérant qu'ils relevaient d'un syndrome du tunnel carpien, lui-même sans lien avec l'accident, et qu'il n'y avait par ailleurs pas de compression médullaire sur l'IRM cervicale standard. c. Enfin, le recourant se prévaut du fait que l'intimée a octroyé des prestations en lien avec les douleurs survenues entre décembre 2012 et janvier 2013, jusqu'au

E. 21

juillet 2014, de sorte qu'elle devrait continuer de délivrer des prestations pour les douleurs invoquées depuis le 22 juillet 2014, celle-ci s'inscrivant dans le même complexe de faits. Conformément à la jurisprudence précitée, il n'incombe pas à l'intimée de ramener la preuve qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste (consid. 14 c), mais au recourant d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident, ce qu'il a échoué à faire. 18. Au vu de ce qui précède, le lien de causalité naturelle et adéquate entre les douleurs à la nuque et au bras du recourant, ainsi que l'incapacité de travail totale attestée par le Dr F_____ depuis le 22 juillet 2014 et l'accident du 7 juillet 2012 doit être nié de sorte que la

décision litigieuse ne peut qu'être confirmée. 19. Partant le recours sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.