

GE_GERICHTE A/2696/2014 vom 11. November 2015

GE Cour de justice, 2015-11-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2696_2014

FR: GE_GERICHTE A/2696/2014 du 11 novembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/2696/2014 del 11 novembre 2015

Erwägungen

E. 24

avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c). Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b). Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions ; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; - l'intensité des douleurs ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; - et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques: ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; ATF 117 V 369 consid. 4b). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références). 8. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid.

4b). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

9. a) L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 117 V 359 consid. 4b). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4). Le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type «coup du lapin», l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident (ATF 134 V 109 consid. 9.5). Une expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes (ATF 127 V 102

consid. 5b/bb ; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531).

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

10. a) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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

![]> Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

c) Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de

l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). e) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 11. a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b) La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). c) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'en 2011, le juge cantonal qui

estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'administration ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

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

En effet, dans leur rapport du 29 janvier 2013, les Drs C_____ et D_____ ont posé comme diagnostic principal une hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique frontale gauche (S06.06) et, comme diagnostic secondaire, un hématome sous-dural (S06.33). Ils ont constaté que le recourant se plaignait alors de céphalées en casque et était dans l'incapacité totale de travailler. Le scanner cérébral du 28 janvier 2013 avait, en particulier, mis en évidence une lame de saignement sous-arachnoïdien frontale supérieure gauche et inter-hémisphérique (contrecoup), sans fracture. Le scanner du 29 janvier 2013 était superposable. Dans un avis du 21 février 2013, le Dr F_____ a admis que les troubles relevés dans le rapport précité du 29 janvier 2013 étaient en rapport avec les conséquences de l'accident du 22 janvier 2013. L'intimée a ainsi, dans un premier temps, accepté de prendre en charge le cas du recourant à compter du 25 janvier 2013. Par la suite, en particulier, dans des rapports des 27 février et 25 mars 2013, le Dr G_____, neurologue traitant du recourant, retenait le diagnostic de céphalées post-traumatiques avec une hémorragie sous-arachnoïdienne frontale gauche démontrée au scanner et observait un spasme hémifacial gauche intermittent. Dans des rapports consécutifs des 30 avril, 31 mai, 27 juin et 16 août 2013, outre une chronicisation des céphalées, il constatait notamment l'apparition de cervicalgies, de lombalgies, de vertiges, de nausées et de troubles de la concentration. De ce fait, le praticien a régulièrement attesté d'une incapacité de travail totale du recourant. Toutefois, l'intimée a considéré que les troubles du recourant n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 22 janvier 2013 au-delà du 31 août 2013, essentiellement sur la base des appréciations de son médecin-conseil, le Dr M_____, des 17 mars et 26 juin 2014. Le recourant soutient, quant à lui, encore présenter des troubles après la fin août 2013 en raison de l'accident survenu et conteste, en ce sens, les conclusions du Dr M_____.

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

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

D'un point de vue formel, il sied de constater que les rapports du Dr M_____ des 17 mars et 26 juin 2014 se basent sur un examen complet du dossier du recourant, une

anamnèse détaillée, renvoyant aux différentes appréciations médicales rendues après un examen personnel du recourant et tenant compte des indications subjectives de ce dernier, et qu'ils contiennent une appréciation du cas, ainsi que des conclusions. Dès lors, quand bien même le Dr M_____ n'a pas personnellement examiné le recourant, les examens sur lesquels il se fonde sont suffisants pour ne pas entacher formellement la valeur probante de ses rapports, conformément à la jurisprudence citée. b) Toutefois, d'un point de vue matériel, il sied d'observer que les conclusions du Dr M_____ ne sont pas convaincantes, voire contradictoires, sur plusieurs points. En premier lieu, dans son appréciation du 17 mars 2014, le Dr M_____ retient notamment, comme diagnostic en lien avec l'accident, des céphalées post-traumatiques chroniques, alors qu'il explique que la chronicisation des céphalées dont souffre le recourant ne peut plus être mise en lien avec la lésion cérébrale traumatique subie, qui doit être qualifiée de légère. En second lieu, quand bien même le médecin-conseil relève la présence de lésions objectivables par imageries médicales, il nie que celles-ci soient consécutives à l'accident et/ou responsables de la symptomatologie présentée par le recourant, sans le justifier de manière convaincante. En effet, d'une part, une démyélinisation ischémique de grade II avec atrophie cortico-sous-corticale a été révélée sur l'IRM du 8 juillet 2013. A ce propos, le Dr M_____ affirme que l'élargissement des ventricules cérébraux et de l'espace sous-arachnoïdien, évocateur d'une atrophie cérébrale, qui apparaît sur cette IRM, était déjà décelable sur le scanner du 28 janvier 2013 et préexistait à l'accident. Cependant, ces constatations ne ressortent nullement du rapport établi à la suite de ce scanner, ni d'un autre avis médical. Le Dr M_____ justifie cela par le fait que le scanner du 28 janvier 2013 s'était concentré sur la recherche de signes d'hémorragies intracrâniennes. Toutefois, il y a lieu de constater que, dans son rapport du 27 juin 2013, à la suite duquel l'IRM du 8 juillet 2013 a été réalisée, le Dr G_____ recommandait de réévaluer la situation du recourant sur le plan radiologique, compte tenu de l'hémorragie sous-arachnoïdienne visible sur les précédents scanners. Ainsi, il n'entendait pas mener une recherche plus vaste que celle précédemment effectuée par le scanner du 28 janvier 2013 en sollicitant l'IRM du 8 juillet 2013, laquelle a pourtant mis en exergue ladite atrophie. Le Dr M_____ soutient, par ailleurs, qu'un tel processus d'atrophie se développant durant plusieurs mois, voire plusieurs années, sur un plan strictement temporel, l'atrophie mise en évidence ne peut être consécutive à l'évènement accidentel. Dans le même temps, il admet que le degré d'atrophie cérébrale dépasse celui auquel on peut s'attendre au vu de l'âge de l'assuré. Pour le reste, selon le praticien, les autres particularités, telles que les vaisseaux intracrâniens spontanément hyperdenses et la démyélinisation étendue de la substance blanche ne font pas suite à une lésion traumatique cérébrale, mais reflètent la maladie vasculaire athérosclérotique généralisée documentée chez le recourant, celui-ci ayant été victime d'un infarctus du myocarde en 2011. On relèvera, cependant, que si l'IRM du 8 juillet 2013 mentionne une « ancienne » lacune d'infarctissement au sein de la protubérance annulaire gauche, il indique révéler une démyélinisation ischémique de grade II avec atrophie cortico-sous-corticale. Dès lors, dans la mesure où ce dernier diagnostic est visible sur l'IRM du 8 juillet 2013, alors qu'il ne semble pas avoir été objectivé auparavant, un doute raisonnable existe quant à un lien entre cette démyélinisation ischémique de grade II avec atrophie cortico-sous-corticale et l'accident. D'autre part, des microhémorragies demeurent visibles sur l'IRM du 10 avril 2014. A cet égard, le Dr M_____ indique lui-même que les modifications décrites peuvent correspondre à des lésions par cisaillement minimales survenues dans le contexte de l'évènement accidentel, une lame hémorragique sous-arachnoïdienne ayant déjà été mise en

évidence à l'époque de l'accident. Il avait alors été admis qu'une telle lésion hémorragique était de nature à provoquer des céphalées post-traumatiques. Certes, le praticien explique que tant l'intensité que le caractère des céphalées post-traumatiques n'ont pas de corrélation claire avec la localisation de lésions éventuelles, ni avec la gravité de l'évènement accidentel. Toutefois, il n'indique pas non plus si le fait que de telles lésions puissent encore être objectivées est normal et quelle peut être leur incidence. Par ailleurs, on relèvera qu'il ressort de l'appréciation de l'IRM du 10 avril 2014 faite par le Dr M_____ que les modifications décrites sont plus précisément localisées dans la région du cortex insulaire gauche, du lobe temporal médial et du lobe occipital gauche, alors que l'hémorragie sous arachnoïdienne de nature traumatique de la région frontale initialement diagnostiquée était également plus marquée à gauche qu'à droite. Enfin, le fait que de telles hémorragies n'étaient pas visibles sur l'IRM du 8 juillet 2013 est peu relevant, étant donné que cette IRM n'a pas été réalisée avec des séquences sensibles à l'hémosidérine, contrairement à l'IRM du 10 avril 2014, raison pour laquelle le Dr M_____ a d'ailleurs sollicité ce dernier examen. Aussi, au vu du dossier et des explications du Dr M_____, la chambre de céans est d'avis que l'existence d'une lésion organique consécutive à l'accident, postérieurement à la fin août 2013, ne peut pas être exclue au degré de vraisemblance requis. En outre, quand bien même les lésions constatées seraient des atteintes préexistantes, le praticien devait se prononcer sur leur éventuelle aggravation, ensuite de l'accident, et le statu quo ante/sine de ces lésions. Par ailleurs, le Dr M_____ exclut d'emblée tout lien de causalité entre l'accident et les troubles apparus plus tardivement, à savoir notamment les cervicalgies signalées à compter de la fin avril 2013 et les vertiges, nausées et troubles de la concentration relevés dès la fin juin 2013, compte tenu de la période de latence intervenue entre les deux. Or, de telles plaintes appartiennent, avec les céphalées qui sont apparues immédiatement, au tableau clinique typique d'un traumatisme cranio-cérébral et, à cet égard, selon la jurisprudence, il n'est pas nécessaire que tous les symptômes apparaissent immédiatement après l'évènement accidentel. Dès lors, le médecin-conseil se devait d'examiner l'éventuel lien entre ces plaintes et les lésions constatées. Enfin, en dernier lieu, dans son appréciation du 17 mars 2014, le Dr M_____ explique que, d'après les critères établis par la Société internationale des céphalées (SIC), il y a lieu de retenir chez le recourant des céphalées par abus d'antalgiques, du point de vue du diagnostic différentiel. Il indique parvenir à cette conclusion en tenant compte de la fréquence des maux de têtes et des doses de médicaments absorbés par le recourant. Toutefois, il relativise par la suite cette conclusion en indiquant qu'un abus d'antalgiques (paracétamol) ne peut être exclu sur la base des documents à disposition, tout en reconnaissant qu'une anamnèse médicamenteuse précise n'a cependant pas été recueillie. Au demeurant, il soulignait précédemment que les effets du traitement instauré font partie des facteurs d'origine accidentelle. Quoi qu'il en soit, le Dr M_____ retient, parmi les diagnostics en lien avec l'accident, tant des céphalées post-traumatiques chroniques qu'une suspicion de céphalées par abus d'antalgiques suite à la prise de paracétamol, ce qui est incohérent. Compte tenu de ce qui précède, les conclusions du Dr M_____ apparaissent pour le moins contradictoires, voire incohérentes, de sorte qu'elles sont dénuées de valeur probante et ne sauraient être suivies. 14. Préalablement aux appréciations du Dr M_____, l'évaluation interdisciplinaire effectuée le 18 juillet 2013 retenait le diagnostic primaire de traumatisme cranio-cérébral le 22 janvier 2013 avec hémorragie sous-arachnoïdienne (S06.79). Elle concluait notamment à un examen physique sans grande particularité et, sur le plan neurologique, à l'absence de signe d'atteinte cérébrale. Toutefois, il ressort de cette évaluation et du dossier, que les

évaluateurs n'ont en particulier pas disposé du rapport du Dr G_____ du 27 juin 2013 et de l'IRM cérébrale du 8 juillet 2013. Aussi, les conclusions de cette évaluation doivent également être relativisées. 15. Pour le reste, le recourant a régulièrement été suivi par le Dr G_____ sur le plan neurologique. Dans des rapports des 27 février, 25 mars, 30 avril, 31 mai, 27 juin et 16 août 2013, le Dr G_____ a notamment attesté de l'existence de céphalées post-traumatiques, à la suite d'une hémorragie sous-arachnoïdienne frontale gauche démontrée au scanner, et de leur chronicisation. Contrairement au Dr M_____, dans son rapport 25 mars 2013, le praticien jugeait que le traumatisme avait été important. Dans des rapports des 31 mai, 27 juin et 16 août 2013 le praticien a, en outre, fait état de la présence de lombalgies, de cervicalgies, de vertiges, de nausées et de troubles de la concentration. En particulier, dans son rapport du 16 août 2013, le Dr G_____ relevait qu'un scanner avait montré une hémorragie sous-arachnoïdienne et que l'IRM cérébrale du 8 juillet 2013 montrait des anomalies de signaux de la substance blanche d'allure ischémique. Cela étant, le médecin traitant ne s'est pas expressément prononcé sur le lien de causalité entre la persistance des troubles constatés, les constatations radiologiques effectuées, et l'accident dont il est question, de sorte qu'aucune conclusion ne peut aussi être tirée à ce propos de ses rapports. 16. Par conséquent, force est de constater que les renseignements médicaux figurant au dossier ne permettent pas d'établir à satisfaction de droit, au degré de vraisemblance requis, l'absence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles persistants du recourant au-delà du 31 août 2013. Dans ces conditions, une instruction complémentaire s'avère nécessaire. En particulier, il convient d'ordonner une expertise, telle que sollicitée par le recourant, laquelle devra être réalisée par un neurologue, un spécialiste en imagerie médicale et un cardiologue indépendants ou tout autre spécialiste, compte tenu des troubles manifestés par le recourant, étant relevé, que l'existence d'un trouble psychiatrique n'est ni établie, ni alléguée. En outre, la chambre de céans observe que préalablement, il serait également utile de compléter l'instruction d'éventuels rapports complémentaires des médecins traitants du recourant, étant relevé que le dernier rapport du Dr G_____ versé à la procédure date du 16 août 2013, alors que la décision attaquée a été rendue le 5 août 2014. Par ailleurs, le dossier contient des certificats médicaux du Dr K_____, attestant d'une incapacité totale de travail du recourant du 30 septembre au 31 décembre 2013, puis d'une incapacité partielle à compter du 1^{er} janvier 2014, sans que ses conclusions médicales ne soient connues. Il conviendrait donc également de les solliciter. Encore, il apparaîtrait nécessaire de connaître les conclusions du scanner comparatif du 18 mars 2012, auquel se réfère le scanner du 28 janvier 2013, afin d'être dûment renseignés sur les éventuelles pathologies préexistantes du recourant. La chambre de céans n'étant pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, la cause sera ainsi renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction. 17. Le recours sera partiellement admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 18. Le recourant étant représenté et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera allouée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :