

GE_GERICHTE A/3059/2016 vom 27. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3059_2016

FR: GE_GERICHTE A/3059/2016 du 27 juin 2017

IT: GE_GERICHTE A/3059/2016 del 27 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1979, a travaillé en tant qu'étancheur. Il a perçu des indemnités de chômage dès le 13 octobre 2015. À ce titre, il était assuré contre les accidents par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la Suva ou l'intimée). Le 24 octobre 2015, l'assuré a subi un accident de la circulation. Il n'a pas observé une interdiction de bifurquer à gauche et a tourné en direction d'un chemin, où la vitesse était limitée à 60 km/h, sur lequel il a percuté avec le côté droit de son véhicule l'automobile d'un autre conducteur. À la suite de la collision, les deux voitures se sont immobilisées sur leur flanc gauche, et celle de l'assuré a heurté un trottoir et le mât d'un lampadaire. Il a été désincarcéré par les pompiers. Ses deux enfants ont été extraits du véhicule par des témoins. L'assuré a été emmené aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Il a pu regagner son domicile après avoir subi un bilan complet, lequel s'est révélé négatif. L'assuré s'est à nouveau rendu au Service des urgences des HUG en date du 27 octobre 2015. Dans le résumé de séjour, les médecins ont posé le diagnostic principal de céphalées. L'assuré présentait une baisse de son état général depuis son retour à domicile. Il avait des vertiges, des tanguages et une grande fatigue. Un suivi neurologique était préconisé en cas de persistance des symptômes. L'incapacité de travail était totale du 27 octobre au 1^{er} novembre 2015. L'assuré a été entendu par la police le 6 novembre 2015. Il a déclaré que l'autre automobiliste était en faute et a contesté avoir enfreint l'interdiction de tourner à gauche. Les radiographies du gril costal gauche réalisées le 30 octobre 2015 ont révélé des lésions du col de l'omoplate de type kystique, par kystes juxtaposés. Les images étaient aspécifiques. Il n'y avait pas de fracture de côte ou de complication visible. Le 3 novembre 2015, le docteur B_____, médecin praticien FMH, a fait état d'un traumatisme crânien avec perte de connaissance le 24 octobre 2015, d'une entorse cervicale et d'une contusion costale gauche de la face latérale. Ce médecin a attesté d'une incapacité de travail totale, qu'il a par la suite régulièrement prolongée en établissant des certificats mensuels jusqu'au 31 juillet 2016. Dans son rapport du 20 novembre 2015, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en neurologie, a retenu à l'issue de son examen clinique une importante diminution de l'odorat ainsi qu'un hémisyndrome sensitif facio-brachio-crural gauche, accompagné d'un syndrome vertébral cervical. L'assuré a séjourné au Service de neurochirurgie des HUG du 26 novembre au 1^{er} décembre 2015 en raison d'un hématome sous-dural fronto-pariétal droit chronique post-traumatique mis en évidence lors d'une IRM réalisée le 19 novembre 2015, avec héli-syndrome sensitif gauche et une

parésie distale du membre supérieur gauche. L'assuré décrivait également des amnésies récurrentes et des épisodes de perte de sensibilité de la langue de quelques minutes. Le scanner du 26 novembre 2015 avait montré une discrète régression de l'hématome sous-dural de la convexité droite, d'allure chronique et sans composante hémorragique aiguë visible. L'assuré avait des céphalées importantes. Une radiographie de l'épaule n'avait pas révélé de lésion. Le status neurologique était tout à fait stable, avec une imagerie rassurante. Une évaluation neuropsychologique était en cours. ![endif]>![if> 9. Dans le questionnaire qu'il a rempli le 9 décembre 2015, l'assuré a indiqué qu'il avait perdu connaissance avant l'accident et qu'il ne savait pas ce qui s'était passé. ![endif]>![if> 10. L'assuré a une nouvelle fois séjourné au Service de neurochirurgie des HUG du 22 au 28 décembre 2015 en raison de troubles exécutifs et attentionnels sous forme de perte de mémoire, avec céphalées et hémisyndrome sensitivomoteur gauche. Les médecins y ont posé le diagnostic d'hématome sous-dural aigu de la convexité droite d'environ 8 mm, avec discrète déviation de la ligne médiane. Lors de la consultation du 22 décembre 2015, une augmentation de l'hématome avait été constatée. L'assuré avait subi une mini-craniotomie fronto-pariétale droite pour évacuation de l'hématome le 23 décembre 2015, dont les suites avaient été simples, avec une récupération de la force sur l'hémicorps gauche et une persistance de céphalées légères en post-opératoire. L'incapacité de travail était totale jusqu'au 31 janvier 2016. ![endif]>![if> 11. Par décision du 6 janvier 2016, la Suva a réduit de 10 % les indemnités journalières versées à l'assuré pendant les deux premières années en raison de la faute commise par ce dernier. ![endif]>![if> 12. La doctoresse D_____, neuropsychologue, a évalué l'assuré les 21 et 29 janvier 2016. Elle a noté que l'accident du 24 octobre 2015 avait entraîné un traumatisme cranio-cérébral et une perte de connaissance de quelques minutes. L'assuré s'était montré partiellement collaborant lors de son examen. Des signes d'amplification des troubles étaient suspectés lors des entretiens et dans la réalisation des tests. L'assuré mettait plus de deux minutes pour écrire son nom et prénom, et ne parvenait pas à recopier un triangle, avec une forme de théâtralisation corporelle. Il soupirait, se tenait la tête, se plaignait de douleurs, avait le regard apathique. Il semblait touché par son vécu et ne comprenait pas ce qui lui arrivait. En raison de l'échec aux quelques tests administrés, même très simples, la Dresse D_____ avait écourté l'évaluation car les résultats étaient ininterprétables. Ces difficultés ne s'expliquaient pas par les antécédents médicaux récents. Un bénéfice secondaire était suspecté. Elle relevait toutefois dans le discours de l'assuré une incapacité à élaborer psychologiquement l'événement traumatique et les séquelles, très probables après un traumatisme cranio-cérébral. L'assuré déclarait avoir déjà subi un premier traumatisme cranio-cérébral survenu lors de la chute d'un toit en 2004. ![endif]>![if> 13. L'assuré a eu un entretien avec la Suva en date du 10 mars 2016. Il ne constatait aucune évolution de son état. Il avait toujours des douleurs à la tête, à la nuque, à l'épaule, ainsi qu'au bras et à la jambe gauches. Il souffrait de pertes d'équilibre, de troubles de la mémoire et de vertiges. ![endif]>![if> 14. Dans son rapport du 11 avril 2016, le Dr B_____ a diagnostiqué un status post hématome intracrânien à la suite d'un traumatisme cervical avec perte de connaissance. L'assuré avait toujours des vertiges, des troubles de la mémoire, une perte de mots ainsi que des troubles exécutifs attentionnels. À la question de savoir si des circonstances particulières avaient influencé l'évolution, ce médecin a répondu par l'affirmative en se référant aux bénéfices secondaires évoqués par la Dresse D_____. Une hospitalisation à la Clinique romande de réadaptation (CRR) était souhaitable. La reprise du travail n'était pas possible. ![endif]>![if> 15. L'assuré a séjourné à la CRR du 19 avril au 4 mai 2016. Dans

leur rapport du 27 mai 2016, les docteurs E_____ et F_____, spécialistes FMH en neurologie, et la doctoresse G_____, médecin assistante, ont posé le diagnostic principal de thérapies physiques et fonctionnelles pour troubles sensitifs de l'hémicorps gauche, céphalées, cervicalgies, sensations vertigineuses et troubles de la concentration, et les diagnostics supplémentaires d'accident de la voie publique le 24 octobre 2015 avec traumatisme crânio-cérébral léger à modéré avec amnésie circonstancielle, amnésie post-traumatique de quelques heures, sans lésions cérébrales parenchymateuses mais hématome sous-dural de la convexité droite ; de status post craniotomie fronto-pariétale droite en décembre 2015 pour évacuation de l'hématome sous-dural avec discrète déviation de la ligne médiane, apparu tardivement, de status post saignement de la cicatrice de la craniotomie le 3 janvier 2016 avec au scanner un hématome sous-dural légèrement augmenté de taille par rapport au comparatif pré-opératoire, traité conservativement ; et d'atteinte vestibulaire et discrète atteinte cochléaire à gauche. Ils ont noté dans les antécédents un accident de travail le 29 juin 2015, avec chute de 4 mètres et contusion de l'épaule gauche. Les médecins ont relaté l'anamnèse de l'assuré. Dans ce cadre, ils ont notamment rapporté qu'à la suite de l'accident du 24 octobre 2015, l'assuré avait été amené au Service des urgences des HUG conscient mais confus. Il se plaignait alors d'une douleur de l'épaule gauche, de douleurs thoraciques, abdominales et de lombalgies. Le status neurologique se situait dans la norme et un scanner du corps complet n'avait pas mis en évidence de lésion. Il n'y avait notamment pas de saignement intra- et extra-axial, une absence de fracture crânio-faciale et du rachis cervical. Il était resté pour surveillance avant de rentrer chez lui. Trois jours après, il présentait une somnolence et des troubles de la sensibilité de l'hémicorps gauche, raison pour laquelle un nouveau scanner cérébral avait été effectué, lequel n'avait pas montré de saignement intracrânien. Le 19 novembre 2015, une IRM cervicale avait été réalisée. Elle avait révélé de très légères discopathies étagées de C3-C4 à C6-C7 sans image de conflit disco-radulaire. Lors de l'examen clinique, l'assuré présentait toujours des céphalées, des cervicalgies et sensations vertigineuses et des troubles sensitifs de l'hémicorps gauche. Au plan neuropsychologique, un nouvel examen succinct avait mis en évidence des performances essentiellement discordantes, avec de nets signes d'amplification de symptômes, et certaines performances en-dessous du niveau du hasard. Les performances cognitives mesurées n'étaient ainsi pas interprétables et ne représentaient pas le réel potentiel cognitif de l'assuré. L'évaluation avait été écourtée au vu des résultats invalides. Cette appréciation rejoignait celle de la Dresse D_____, qui évoquait une suspicion de bénéfice. Au plan neurologique, l'examen clinique détaillé ne révélait qu'une diminution subjective de la sensibilité hémicorporelle gauche, sans aucun signe objectif d'atteinte somatique du système nerveux central et périphérique associé. En revanche, des atypies étaient retrouvées lors de l'examen clinique, lesquelles orientaient vers une majoration des symptômes: absence d'asymétrie des réflexes cornéens, hypoesthésie hémi-corporelle gauche qui respectait parfaitement la ligne médiane, et discordances aux épreuves de l'équilibre telle que direction de déviation changeante durant le même examen et au cours de hospitalisation. Sur le plan psychiatrique, l'assuré avait été vu par la doctoresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie. Son évaluation initiale évoquait la présence des troubles de l'adaptation avérés, réaction mixte anxieuse et dépressive. Cependant, la présentation clinique de l'assuré s'était modifiée au cours du séjour. Des plaintes sans corrélation avec l'observation clinique avaient conduit à écarter une psychopathologie décompensée de type post traumatic stress disorder ou trouble dépressif ou anxieux réactionnel. Elles orientaient plutôt vers une amplification de

symptômes pour motif psychologique. Du point de vue neuroradiologique, une nouvelle IRM cérébrale avait été réalisée le 27 avril 2016 afin d'évaluer l'évolution de l'hématome de convexité droite. Elle montrait une résorption complète de l'hématome sous-dural, et l'absence de toute lésion parenchymateuse d'allure traumatique. Un avis spécialisé avait été demandé au docteur I_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL) en raison de la persistance de plaintes de sensations vertigineuses. Ce spécialiste retenait le diagnostic d'une atteinte vestibulaire et d'une discrète atteinte cochléaire à gauche. Il décrivait en outre des signes suggestifs d'atteinte centrale (saccades oculaires et troubles de la coordination du MSG), qui n'avaient pas pu être reproduits et observés durant le séjour. Dans ce contexte, les médecins de la CRR ont rappelé que l'IRM cérébrale actuelle ne montrait aucune lésion parenchymateuse et que les examens radiologiques antérieurs ne révélaient pas de lésion traumatique au niveau du rocher gauche. L'assuré avait également bénéficié d'une prise en charge quotidienne en physiothérapie, axée sur l'amélioration de l'endurance et de l'équilibre. Cependant, aucune évolution notable des capacités fonctionnelles et des fonctions organiques n'avait été constatée à la fin du séjour. Les plaintes de l'assuré n'avaient pas non plus évolué après la prise en charge ergothérapeutique. Au vu de sa faible implication, un suivi ambulatoire n'était pas indiqué. L'assuré n'avait pas non plus souhaité une modification du traitement antalgique. Il avait été vu une fois par la psychologue et avait participé à quelques séances d'initiation à la relaxation, sans effet thérapeutique. Sur le plan professionnel, une évaluation de la capacité de travail avait été planifiée par les ateliers professionnels. Il n'était toutefois pas possible de se prononcer sur la réelle capacité de travail de l'assuré, qui n'était venu aux ateliers professionnels que deux fois sur les cinq visites programmées, et qui s'était systématiquement retranché derrière ses plaintes pour mettre un terme à l'observation, souvent au bout de quelques minutes. La lenteur d'exécution et la démonstration constante de ses handicaps n'avaient pas permis de juger sa réelle implication dans la mesure. Seule une activité de tri de jetons en plastique avait été débutée. Malgré les nombreuses pauses que l'assuré s'octroyait et la vitesse d'exécution proche de 5 %, il disait ne pas pouvoir poursuivre l'exercice. L'évaluation ne traduisait finalement que le niveau d'effort consenti par l'assuré. En prenant en considération l'ensemble des données cliniques et paracliniques, les experts ont retenu le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral léger à modéré. Ils estimaient toutefois que l'assuré présentait une amplification de symptômes. S'agissant de la capacité de travail, ils ont renvoyé aux constatations des spécialistes des ateliers professionnels. Le rapport de la CRR était accompagné d'un status neurologique détaillé, d'un rapport de physiothérapie, d'un rapport d'ergothérapie, d'un rapport d'examen neuropsychologique, du consilium psychiatrique du 21 avril 2016 de la Dresse H_____ et du rapport de l'IRM réalisée le 27 avril 2016 par le docteur J_____, spécialiste FMH en radiologie, mentionnant un état après craniotomie pour évacuation d'un hématome sous-dural, sans signe de récurrence locale ni contro-latérale, une lésion axonale pariétale droite probablement d'origine post-traumatique, et une absence de processus expansif, intra-axial et juxta-dural. Le rapport du Dr I_____ du 27 avril 2016, également joint, mentionnait une atteinte vestibulaire gauche avec discrète atteinte cochléaire du même côté, ce déficit étant mis en évidence sur certaines épreuves vestibulaires. Il y avait cependant également des signes d'une atteinte centrale avec des saccades oculaires et des troubles de la coordination. 16. Dans son appréciation du 9 juin 2016, le docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a résumé le dossier de l'assuré, avant de noter qu'au vu de l'évaluation réalisée à la CRR, on pouvait s'attendre à une reprise du travail dans l'ancienne

activité à 100 % dès le 20 juin 2016. 17. Par décision du 20 juin 2016, la Suva a indiqué à l'assuré que selon les renseignements médicaux en sa possession, son état actuel ne justifiait plus d'incapacité de travail en tant qu'étau. Elle mettrait ainsi un terme au versement des indemnités journalières au 17 juillet 2016 au soir.

18. L'assuré, par son mandataire, s'est opposé à la décision de la Suva le 20 juillet 2016. Il a souligné que son activité d'étau impliquait de travailler à des hauteurs importantes au-dessus du vide. Or, selon le rapport de la CRR, il existait une persistance de céphalées, de cervicalgies, de sensations vertigineuses, de troubles de la concentration et de troubles sensitifs de l'hémicorps gauche. Dans ces conditions, un travail réalisé en hauteur n'était pas approprié. Le Dr B_____ confirmait du reste l'incapacité de travail totale de l'assuré.

19. Le 21 juillet 2016, l'assuré a complété son opposition par la production du rapport du 14 juillet 2016 de la Dresse C_____, qui retenait de probables troubles de l'équilibre, malgré une majoration lors du test. Il a allégué qu'une activité d'étau n'était manifestement pas indiquée en présence de tels troubles. Il sollicitait que son psychiatre, le docteur L_____, soit interrogé.

Dans le rapport joint, la neurologue a indiqué qu'elle avait revu l'assuré, qui se plaignait de troubles du sommeil et de sensations désagréables au niveau des membres inférieurs, ainsi que de céphalées et cervicalgies. Son épouse le décrivait comme triste et irritable depuis l'accident. L'examen clinique était toujours difficile compte tenu d'une majoration. Un hémisyndrome sensitif gauche facio-brachio-crural, tacto-thermo-algique subjectif était retrouvé. L'épreuve des bras tendus et le test de la force étaient non interprétables en raison de lâchages. L'assuré abaissait très rapidement sans pronation son membre supérieur gauche, alors que les mouvements spontanés étaient parfaitement exécutés. La Dresse C_____ considérait la force comme normale. La marche spontanée était normale. Dès qu'on demandait à l'assuré de marcher et qu'on l'observait, il devenait lent et s'appuyait sur des meubles. Elle a noté que l'évaluation et la prise en charge étaient délicates, compte tenu de l'amplification. Elle retenait un discret hémisyndrome sensitif gauche et très probablement des troubles de l'équilibre, en relation avec l'atteinte vestibulaire objectivée par le Dr I_____. De façon objective, elle retenait en fonction des examens réalisés à la CRR un status post traumatisme crânio-cérébral léger à modéré, avec hématome sous-dural de la convexité droite opérée, une lésion axonale pariétale droite sur l'IRM cérébrale du 27 avril 2016, une aréflexie vestibulaire gauche et des signes de discrète atteinte cochléaire gauche. La majoration des symptômes relevée chez l'assuré s'inscrivait dans un contexte d'incompréhension face à ce qui lui était arrivé, qu'il peinait à élaborer. Un suivi psychiatrique semblait indispensable, et l'assuré était désormais suivi par le Dr L_____, qui parlait d'épisode dépressif. Les céphalées et cervicalgies étaient d'origine mixte, post-traumatique et sur état dépressif. Il existait certainement des séquelles neuropsychologiques et algiques, mais elles étaient trop difficiles à quantifier chez l'assuré, dont la capacité de travail ne pouvait être évaluée. L'hémisyndrome sensitif gauche ne devrait pas avoir de répercussion importante sur une activité professionnelle. Par contre, compte tenu des troubles de l'équilibre, le métier d'étau n'était pas envisageable sans risque.

20. Par décision du 26 juillet 2016, la Suva a écarté l'opposition. Elle a retenu que l'incapacité de travail attestée par le Dr B_____ ne suffisait pas à mettre en doute l'avis du Dr K_____, lequel se fondait sur le rapport des médecins de la CRR. La Dresse C_____ n'avait pas non plus retrouvé de lésion neurologique permettant d'expliquer les troubles et les limitations relatés chez l'assuré. Elle avait évoqué un trouble dépressif consécutif au traumatisme crânio-cérébral. Or, il était admissible de laisser la question de la causalité

naturelle entre l'accident et les troubles psychiques ouverte, dès lors qu'un lien de causalité adéquate devait être nié en l'espèce. Du point de vue objectif, l'accident pouvait tout au plus être rangé dans la catégorie des accidents de catégorie moyenne. Dans un tel cas, la jurisprudence avait établi des critères pour admettre un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques, dont trois au moins devaient être remplis. Or, même si la voiture de l'assuré avait été renversée et qu'il avait dû être désincarcéré, l'accident ne pouvait être qualifié de particulièrement impressionnant. Il n'avait pas été accompagné de circonstances particulièrement impressionnantes. Les lésions physiques subies n'étaient pas propres à causer des troubles psychiques. Aucune erreur médicale ou complication n'était intervenue en ce qui concernait les suites de l'accident. Enfin, la durée du traitement et de l'incapacité de travail n'était pas anormalement longue. L'assuré ne souffrait pas non plus de douleurs importantes en raison de son état organique. [endif]>[if> 21. Par certificat du 1^{er} septembre 2016, la doctoresse M_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assuré du 1^{er} au 30 septembre 2016. [endif]>[if> 22. L'assuré a interjeté recours contre la décision de la Suva par écriture du 14 septembre 2016. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire neurologique, neuropsychologique, ORL et psychiatrique ; à l'audition de son épouse et des Drs B_____ et C_____ ; et sur le fond à l'annulation de la décision et au versement des prestations pour accident au-delà du 17 juillet 2016 ; et subsidiairement à l'annulation de la décision et au renvoi de la décision à l'intimée pour complément d'instruction.[endif]>[if> Il a soutenu avoir été victime d'un impressionnant accident, dont il n'avait pas de souvenirs. Il avait perdu connaissance. Plusieurs hospitalisations au Service de neurochirurgie des HUG s'en étaient suivies. Le recourant a rappelé le contenu des différents rapports médicaux, ajoutant que sa personnalité s'était profondément modifiée après l'accident. Il s'emportait et se fâchait avec ses médecins. C'était pour ce motif qu'il ne voyait plus le Dr L_____, et qu'il était désormais suivi par la Dresse M_____. Au vu du grave accident et de ses suites, on ne saurait qualifier la situation d'anodine au seul motif d'une certaine amplification des symptômes. Le Dr I_____ avait objectivé une atteinte vestibulaire gauche et une discrète atteinte cochléaire, ainsi qu'une atteinte centrale avec des saccades oculaires et des troubles de la coordination. Ces atteintes étaient susceptibles d'être en lien avec les vertiges et les autres symptômes mentionnés par le recourant, de sorte qu'il s'imposait manifestement de procéder aux investigations complémentaires nécessaires. Or, la CRR avait écarté ces constatations objectives, au motif qu'elle ne les avait pas observées. Le Dr K_____ ne disposait pas des éléments nécessaires pour affirmer que l'activité d'échelle était possible. En l'espèce, l'instruction était insuffisante et une expertise ORL, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique devait être mise en œuvre. Par ailleurs, si l'intimée entendait invoquer un manque de collaboration du recourant, il fallait relever que ce défaut pouvait être dû à des éléments psychologiques, si bien qu'il n'était pas inexcusable. D'autre part, même en cas de manque de collaboration avéré et inexcusable, il y aurait eu lieu de signifier à l'assuré une mise en demeure écrite comportant un avertissement. Au plan somatique, on ignorait les conséquences de l'atteinte diagnostiquée par le Dr I_____, mais elle conduisait la Dresse C_____ à retenir de très probables troubles de l'équilibre, suffisants compte tenu du degré de la vraisemblance prépondérante applicable en assurances sociales, d'autant plus que le recourant travaillait sur les toits à des hauteurs importantes au-dessus du vide. Il était ainsi manifeste que son incapacité de travail perdurait. Du point de vue psychologique, l'état dépressif consécutif au traumatisme cranio-cérébral signalé par la Dresse C_____ n'avait

pas été investigué. On ne pouvait dès lors se prononcer sur la causalité naturelle. En ce qui concernait la causalité adéquate, le recourant a allégué que son accident était de gravité moyenne, à la limite de l'accident grave. L'accident était particulièrement impressionnant. Les lésions physiques n'étaient pas anodines, puisqu'une intervention chirurgicale avait été nécessaire en urgence. Aucune investigation n'avait été entreprise pour déterminer si ces lésions étaient propres à entraîner des troubles psychiques. Il était encore difficile de dire si la durée du traitement était anormalement longue, puisqu'aucune investigation médicale n'avait eu lieu et que l'accident était relativement récent. Il était cependant certain qu'en raison de la modification profonde de la personnalité du recourant, ce traitement médical serait compliqué et semé d'embûches. Aucune investigation n'avait eu lieu sur l'intensité des douleurs invoquées par le recourant. Il n'y avait pas à ce stade d'erreurs médicales avérées, mais la modification profonde de la personnalité du recourant avait entraîné des interruptions du suivi, en tous les cas sur le plan psychiatrique, et les difficultés et les complications dans le processus de guérison étaient importantes en raison de cette modification. Il semblait clair que son incapacité de travail était totale, en tout cas dans son activité habituelle d'étañneur. Au vu de ces critères, on ne saurait nier que la condition de la causalité adéquate était remplie. 23. Dans sa réponse du 7 novembre 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Après avoir rappelé les critères selon lesquels un lien de causalité adéquate pouvait être retenu lors de plaintes liées à un traumatisme cranio-cérébral, elle a relevé qu'il était établi que le recourant présentait un syndrome post-commotionnel. Cela étant, on ne saurait considérer que ses symptômes postérieurs au 17 juillet 2016 reposaient sur un substrat organique. En effet, les lésions documentées par les imageries et radiographies n'expliquaient pas ses plaintes. L'intimée s'est en particulier référée à une IRM cervicale du 19 novembre 2016 (recte 2015), laquelle avait mis en évidence de très légères discopathies étagées de C3-C4 à C6-C7, qui ne se confondaient avec aucun signe clinique évocateur et n'étaient pas qualifiées d'accidentelles. Il en allait de même de la lésion axonale pariétale droite observée sur l'IRM du 27 avril 2016. Le docteur N_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin de la Suva, avait en effet exclu au terme d'un examen circonstancié de ces clichés que cette lésion fût à l'origine de la symptomatologie du recourant, dans son avis du 13 octobre 2016 que l'intimée a produit à l'appui de son écriture. Les autres médecins consultés appréciaient la situation de manière identique. Ainsi, dans leur rapport pluridisciplinaire du 27 mai 2016, les spécialistes de la CRR n'évoquaient aucune relation de causalité entre l'atteinte en question et les troubles du recourant, et ne se référaient à aucune anomalie susceptible de les expliquer. La Dresse C_____ n'imputait pas non plus les troubles du recourant à un substrat objectivable. Les atteintes ORL retenues par le Dr I_____ ne constituaient pas des troubles somatiques objectivables selon la jurisprudence, dès lors qu'il s'agissait d'observations exclusivement cliniques qui n'étaient pas corroborées par un examen objectif. Ces observations n'avaient du reste pas pu être reproduites ou observées durant le séjour du recourant à la CRR. Ainsi, les troubles postérieurs au 18 juillet 2016 ne reposaient sur aucun substrat organique objectivable. Aussi, l'examen de leur prise en charge par l'intimée devait-il se faire en application de la jurisprudence en matière de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique. En l'occurrence, l'événement assuré devait être qualifié de gravité moyenne. Rien au dossier n'indiquait la survenance dans le traitement médical d'une erreur à l'origine d'une aggravation notable des séquelles de l'accident. Par ailleurs, aucun des médecins consultés n'avait évoqué l'apparition en cours de guérison de complications importantes ou de difficultés particulières. En tant qu'il avait été pris en

charge de façon appropriée et qu'il s'était depuis lors entièrement résorbé, l'hématome sous-dural ayant donné lieu à la mini-craniotomie ne saurait constituer une telle complication. En l'occurrence, le critère du caractère impressionnant ne pouvait pas être admis. Le fait d'avoir attendu un certain temps avant d'être dégagé du véhicule ne suffisait pas pour conclure à sa réalisation. À cela s'ajoutait que le recourant ne se souvenait plus de l'accident. Le traitement médical prodigué n'avait pas été particulièrement long ou pénible. En effet, à l'exception de l'intervention chirurgicale du 23 décembre 2015, il avait consisté essentiellement en des mesures antalgiques ou par manipulation. Quant aux autres critères déterminants selon la jurisprudence, ils n'apparaissent pas non plus réalisés. En particulier, le recourant ne présentait pas de douleurs dont l'intensité entraînait des empêchements dans vie quotidienne. Surtout, la crédibilité de ces douleurs n'apparaissait pas évidente, dès lors qu'elles ne se rapportaient à aucun substrat organique et qu'elles n'avaient pu être quantifiées par aucun des spécialistes consultés. Le recourant ne présentait pas des lésions d'une gravité ou d'une nature particulière, ni d'importante incapacité de travail en dépit de ses efforts reconnaissables, au vu de l'amplification de ses symptômes. En l'absence d'une relation de causalité entre les troubles litigieux et l'accident, l'intimée était fondée à supprimer ses prestations dès le 18 juillet 2016. !

[endif]>[if> Dans le document joint, le Dr N_____ a procédé à l'évaluation neurologique du recourant. Il a résumé son dossier médical et rappelé les constatations radiologiques. Ce médecin a notamment relevé que la lésion axonale révélée par l'IRM du 27 avril 2016 correspondait à une petite altération corticale, de forme ovale, dont la localisation paraissait précentrale, donc frontale. Or, une lésion corticale millimétrique en localisation précentrale n'était pas susceptible de provoquer un trouble sensitif de tout l'hémicorps gauche, ni d'ailleurs les autres troubles annoncés par le recourant. Le Dr N_____ partageait ainsi l'avis du Dr J_____, qui dans son compte-rendu d'IRM, parlait d'une lésion axonale compatible avec une séquelle post-traumatique. S'il y avait une divergence entre ces médecins concernant la localisation de cette lésion (pariétale contre précentrale), il importait de rappeler qu'elle n'était pas apte à causer un hémisyndrome sensitif gauche, des troubles de l'équilibre ou des troubles neuropsychologiques substantiels au vu de sa localisation corticale et ses petites dimensions. Elle n'expliquait pas non plus la persistance de céphalées et de vertiges. En ce qui concernait ces derniers, l'atteinte vestibulaire relevée par le Dr I_____ ne correspondait pas à des plaintes appropriées en phase aigüe. L'atteinte vestibulaire n'était pas objectivée par l'imagerie mais par un test fonctionnel. En conclusion, il n'y avait pas de substrat organique qui expliquerait en totalité ou en partie et de façon plausible les plaintes du recourant, et une instruction complémentaire ne serait pas susceptible d'objectiver des troubles physiques. Aucun traitement n'était susceptible d'améliorer sensiblement l'état du recourant. 24. Par réplique du 8 décembre 2016, le recourant a relevé que l'intimée ne s'était pas déterminée sur le grief lié au caractère insuffisant de son instruction. Il persistait dès lors dans son argumentation. L'intimée justifiait la clôture de l'instruction par l'éventuelle amplification par le recourant de ses symptômes. Or, cette amplification avait une origine médicale, comme l'avait expliqué la Dresse C_____. D'autre part, l'intimée ne pouvait en tirer argument dès lors qu'elle n'avait pas mis le recourant en demeure. Les explications du Dr N_____ ne justifiaient pas non plus le refus d'instruction. La localisation de la lésion n'était pas affirmée mais était tout au plus vraisemblable, ce qui n'était pas suffisant. En l'absence d'instruction suffisante du dossier, on ignorait la localisation exacte de la lésion axonale. Partant, l'hypothèse du Dr N_____ n'emportait pas la conviction et ne suffisait pas à fonder un diagnostic selon la vraisemblance

prépondérante. L'affirmation de l'intimée, selon laquelle les constatations du Dr I_____ n'auraient pas été objectivées ou reproduites par la CRR, ne résistait pas à l'examen. Pour être objectivées, celles-ci devaient être répétées lors d'un examen effectué par une tierce personne, indépendante de l'examineur. Or, aucun examen en ce sens n'avait été réalisé. Le recourant s'est référé au rapport du 30 novembre 2016 de la Dresse M_____, qui confirmait un syndrome post-traumatique avec un état anxio-dépressif, ainsi qu'une incapacité de travail totale et des empêchements en raison de l'intensité des douleurs. ![endif]>![if> Il a joint les pièces suivantes à son écriture : a. rapport de la Dresse M_____, dans lequel elle a indiqué que le recourant souffrait encore de ce qu'elle pensait être un syndrome post-traumatique important avec état dépressivo-anxieux important. Elle organisait une hospitalisation en vue d'améliorer le sommeil du recourant et de l'aider à sortir de ses ruminations autour de l'accident. Une consultation chez un spécialiste du sommeil avait révélé un sommeil typique d'un syndrome post-traumatique. Elle considérait que la capacité de travail était toujours nulle, le recourant étant ralenti dans une mesure incompatible avec sa profession ;![endif]>![if> b. rapport de consultation du laboratoire du sommeil des HUG du 30 novembre 2016, notant que le recourant présentait des troubles du sommeil à type de sommeil irrégulier apparus après l'accident, et qu'il s'agissait de troubles du sommeil dans le cadre d'un stress post-traumatique.![endif]>![if> 25. Dans sa duplique du 18 janvier 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a allégué que sa décision ne se fondait pas sur un défaut de collaboration du recourant, mais sur le fait que ses symptômes n'étaient partiellement pas confirmés par des observations médicales et ne donnaient ainsi pas droit à des prestations. Le Dr N_____ s'était prononcé au degré de la vraisemblance prépondérante sur le lien de causalité entre la lésion axonale et la symptomatologie. Le fait que la localisation de cette lésion ait été qualifiée de simple possibilité ne suffisait pas pour remettre en cause ses conclusions, dès lors qu'il ne s'agissait pas d'un élément pertinent dans l'analyse de cette question. Elle a répété que les atteintes évoquées par le Dr I_____ n'étaient pas objectivables. ![endif]>![if> 26. Le 1er février 2017, le recourant a informé la chambre de céans qu'il avait été hospitalisé à la Clinique de Montana du 9 au 29 décembre 2016. Il avait en outre consulté le docteur O_____, spécialiste FMH en ORL, lequel préconisait une consultation chez un neurologue au vu des résultats d'examen. Cela confirmait le caractère indispensable d'une instruction complémentaire. ![endif]>![if> Les pièces suivantes étaient jointes à son écriture : a. rapport du 11 octobre 2016 du Dr O_____, relevant que l'IRM cérébrale pratiquée ne montrait aucune lésion du rocher. Le status ORL était rigoureusement normal. On constatait une hypoacousie à l'audiogramme, plus importante à gauche. La perte était cependant modérée et ne justifiait pas d'appareillage acoustique pour le moment. Lors de l'examen, le médecin avait constaté une chute du bras gauche les yeux fermés sans raison apparente et un index-nez perturbé, raison pour laquelle une consultation chez un neurologue était souhaitable ;![endif]>![if> b. rapport établi le 12 janvier 2017 par les docteurs P_____ et Q_____, médecins à la Clinique de Montana, dans lequel ces derniers ont posé le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère ; et les diagnostics secondaires de déconditionnement global ; de perturbation des tests hépatiques ; d'hypovitaminose D substituée ; d'hypocalcémie substituée ; de post traumatic stress disorder consécutif à un accident de la voie publique ; de stéatose hépatique ; de surpoids ; d'hématome sous-dural chronique droit, drainé par micro-craniotomie fronto-pariétale avec les séquelles suivantes : hémisyndrome sensitif gauche, céphalées chroniques, troubles cognitifs, sans précision ; et de troubles du sommeil. Les médecins ont noté que les

angoisses restaient importantes mais que la thymie était stable. Ils ont adapté le traitement médicamenteux et préconisé une consultation chez des spécialistes de la douleur et un suivi ambulatoire de neuroéducation. Ils ont noté que le recourant semblait parasité par ses angoisses et que le problème psychiatrique prédominait. [endif]>[if> 27. Dans ses déterminations du 23 février 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a noté que le rapport des médecins de la clinique de Montana portait sur des faits postérieurs à la décision attaquée, qui ne devaient partant pas être pris en compte. Ils concernaient quoi qu'il en soit de troubles d'ordre psychique, sans lien de causalité avec l'accident assuré. Les constatations du Dr O_____ confirmaient l'absence de substrat organique des symptômes ORL du recourant. [endif]>[if> 28. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 27 février 2017.[endif]>[if> 29. Sur ce, 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 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).[endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.[endif]>[if> 3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).[endif]>[if> 4. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents à la suite de son accident dès le 18 juillet 2016, plus particulièrement sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a considéré que l'accident ne déployait plus d'effets à sa charge dès cette date. [endif]>[if> 5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). [endif]>[if> Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Conformément à l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). À teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de

l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). 6. 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. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_482/2014 du 6 mai 2015 consid. 3). 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. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; arrêt du Tribunal fédéral 8C_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 4.1). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; arrêt du Tribunal fédéral 8C_339/2007 du 6 mai 2008 consid. 2.1). 7. En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants, ou de peu de gravité; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 3.1). Il convient de s'attacher non pas à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Ainsi, lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et

compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale, sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, telle qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 324/99 du 10 janvier 2001 consid. 2c). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).> Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse ; - la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ; - les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés et complications importantes apparues au cours de la guérison; - le degré et la durée de l'incapacité de travail. Il n'est toutefois pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Un seul critère peut en outre suffire lorsqu'il revêt une importance particulière, par exemple dans le cas où l'incapacité de travail est particulièrement longue en raison de complications apparues au cours de la guérison. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères. Cela d'autant plus que l'accident est de moindre gravité. Ainsi lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite de la catégorie des accidents peu graves, les autres circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 117 V 369 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 201/05 du 4 mai 2006 consid. 5.1). Pour un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (SVR 2010 UV n° 25 consid. 4.5, arrêts du Tribunal fédéral

8C_463/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.2.3 et 8C_434/2013 du 7 mai 2014 consid. 7.1).

8. S'agissant du caractère adéquat du rapport de causalité, en cas d'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, la jurisprudence applique, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique avec cependant les modifications suivantes (ATF 134 V 109 consid. 10):
- 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. En cas de traumatisme de ce type, il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a). On rappellera cependant que même en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral, lorsque les lésions appartenant au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique (ATF 123 V 98 consid. 2a). Cette précision de jurisprudence vaut lorsque le problème psychique apparaît prédominant directement après l'accident ou encore lorsqu'on peut retenir que durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation, les troubles physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 2).

9. La manière dont les experts qualifient la gravité de l'accident n'a guère d'importance pour les constatations médicales. Il s'agit là d'une question de droit qu'il incombe à l'administration ou au juge de trancher, en particulier, à l'occasion de l'examen du lien de causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 205/98 du 2 février 2000 consid. 1b).
Sont seules déterminantes pour apprécier le degré de gravité d'un accident les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.3.1. et les références). Les accidents de voiture, qui opposent des forces comparables ou à tout le moins non réduites, sont en règle générale considérés de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral 8C_316/2008 du 29 décembre 2008 consid. 3.2). La jurisprudence a classé dans la catégorie moyenne à la limite des accidents graves un accident impliquant une crevaison alors que la voiture roulait à 95 km/h sur l'autoroute et s'est renversée sur le toit. Il y en revanche accident de gravité moyenne en cas de dérapage du véhicule, qui quitte la route et se retourne sur un talus ; ainsi que lorsqu'un camion conduit par un élève conducteur quitte la route, dévale un talus et s'arrête sur le toit après un tonneau et demi. L'accident est grave lorsque la jambe de l'assuré éjecté de l'habitacle par la fenêtre après une collision frontale reste coincée jusqu'à la hanche dans la voiture qui s'est renversée (RAMA 4/2003 n° U 481 p. 203 consid. 3.3.2 et les références). Parmi les accidents qualifiés de gravité moyenne, on peut encore citer les

situations suivantes : véhicule de l'assuré qui est abruptement freiné lors d'une manœuvre de dépassement à 100 km/h, dérape, heurte un muret de pierre, se renverse et s'arrête sur le côté conducteur (arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2007 du 5 février 2008 consid. 4.2.2); voiture qui lors d'un dépassement est touchée sur le côté par un camion et se renverse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_743/2007 du 14 janvier 2008 consid. 3), automobile qui quitte la route et se renverse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 213/06 du 29 octobre 2007 consid. 7.2) ; voiture qui sur l'autoroute dérape dans un virage, se retourne et atterrit sur le toit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 258/06 du 15 mars 2007 consid. 5.2); assuré qui perd la maîtrise de son véhicule lancé à 90 km/h sur l'autoroute, lequel heurte la glissière centrale de sécurité avant de se retourner et d'atterrir sur la voie opposée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/06 du 16 mai 2007 consid. 4.2) ; piéton renversé par une voiture roulant entre 40 km/h et 50 km/h alors qu'il traverse la route (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 128/03 du 23 septembre 2004 consid. 5.2.2) ; voiture percutée à l'avant droit par un automobiliste circulant à une vitesse de l'ordre de 50 km/h (arrêt du Tribunal fédéral 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3) ; assuré arrêté à un feu de signalisation et dont la voiture est percutée à l'arrière par un autre véhicule et projetée sur une distance de quinze mètres (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2), voiture qui est percutée à l'arrière sur l'autoroute et qui emboutit l'automobile qui la précède (arrêt du Tribunal fédéral 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 7.1), voiture percutée à 120 km/h sur l'autoroute par un véhicule venant de l'arrière, et qui sous l'effet du choc fait plusieurs tours sur elle-même avant de heurter le talus herbeux longeant la bande d'urgence et de se retourner sur le toit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 172/06 du 10 mai 2007 consid. 7.3) ; cycliste percuté par l'arrière par une voiture (arrêt du Tribunal fédéral 8C_495/2007 du 31 janvier 2008 consid. 4.3). Ont été considérés comme des accidents moyens à la limite des accidents graves la violente collision d'un poids-lourd avec la voiture d'un assuré, qui se trouvait à l'arrêt et a été entraînée en avant sur plusieurs dizaines de mètres (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 190/04 du 22 juin 2005 consid. 5.1), le cas d'un conducteur de scooter qui est précipité au sol lorsqu'il est percuté par une camionnette qui n'a pas freiné avant l'impact, le Tribunal fédéral ayant noté que l'assuré au guidon d'un scooter est très vulnérable en cas de collision frontale avec un véhicule de ce type (arrêt du Tribunal fédéral 8C_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.3) ; la violente collision de front d'une voiture par une voiture venant en sens inverse, entraînant plusieurs fractures chez la passagère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 412/05 du 20 septembre 2006 consid. 5.2.1), l'accident entraînant l'éjection à grande vitesse de l'assurée d'une voiture qui fait plusieurs tonneaux sur la voie opposée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 502/06 du 23 avril 2007 consid. 3.2.2); une chute d'une hauteur de plusieurs mètres sur le dos et le séant avec des fractures et des contusions (RAMA 1998/5 n° U 307 p. 448 consid. 3a). 10. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré

pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).>![endif]>![if> b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d. S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 11. En l'espèce, l'intimée a nié le droit aux prestations du recourant en se fondant sur les conclusions des médecins de la CRR, lesquels ne retenaient pas de trouble étiologique objectivable, et en déterminant en fonction des critères dégagés par la jurisprudence en cas de traumatisme crânio-cérébral si les troubles du recourant étaient en lien de causalité adéquate avec l'accident du 24 octobre 2015. >![endif]>![if> En premier lieu, il convient de relever que le rapport établi par les spécialistes de la CRR satisfait aux exigences du Tribunal fédéral en matière de rapports médicaux. Les médecins qui ont examiné le recourant se sont en effet fondés sur son dossier médical, qu'ils ont complété par une anamnèse. Ils ont interrogé le recourant sur ses plaintes et ont émis leurs diagnostics et leurs conclusions à l'issue de status cliniques détaillés et fouillés, étayés par plusieurs examens paracliniques. Il y a donc lieu de se rallier à leur conclusion, selon laquelle le recourant ne présente pas de trouble organique d'origine traumatique expliquant sa symptomatologie. Les arguments du recourant ne permettent pas de parvenir à une autre

appréciation. En ce qui concerne les atteintes de la sphère ORL, les Drs E_____, F_____, et G_____ ont exposé pour quels motifs ils s'écartaient des constatations du Dr I_____. S'agissant des troubles de l'équilibre en particulier, même s'ils ont repris les diagnostics d'atteinte vestibulaire et d'atteinte cochléaire posés par leur confrère, il n'existe aucun élément objectivant ces atteintes. Elles ne peuvent être mises en lien avec une lésion anatomique, comme cela ressort des explications du Dr N_____, qu'aucun élément au dossier ne permet d'infirmer. L'appréciation du Dr N_____ sur l'absence de tout substrat organique ORL aux troubles du recourant est au demeurant corroborée par le Dr O_____, qui a rappelé dans son rapport du 11 octobre 2016 l'absence de lésion du rocher, et qui a relevé que le status clinique était sans anomalie. La Dresse C_____ a certes fait état de troubles de l'équilibre. Il faut cependant souligner qu'elle n'a avancé aucune explication physiologique à ces troubles, qu'elle n'a d'ailleurs qualifiés que de probables tout en soulignant la majoration des symptômes par le recourant. Elle a en outre déclaré retenir une aréflexie vestibulaire gauche et des signes de discrète atteinte cochléaire gauche « en fonction des examens réalisés à la CRR », ce qui laisse à penser qu'elle n'a pas constaté elle-même ces atteintes mais qu'elle se contente de reprendre les diagnostics posés par ses confrères. Compte tenu des nombreux intervenants ayant fait état d'une majoration des symptômes rendant impossible une évaluation fiable des troubles du recourant, ce dernier allègue que ce comportement aurait dû donner lieu à une mise en demeure par l'intimée, l'invitant à collaborer à l'instruction de sa demande. Certes l'art. 43 LPGA dispose-t-il que l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3). Comme cela ressort de la lettre de la loi, l'obligation de collaborer s'étend à l'obligation de se soumettre à des examens médicaux. Or, le recourant s'y est plié en l'espèce, puisqu'il a séjourné à la CRR à la demande de l'intimée et y a été vu par plusieurs spécialistes. L'intimée n'invoque ainsi à juste titre aucun défaut de collaboration. Dans ces circonstances, le recourant ne peut se prévaloir de la procédure de mise en demeure prévue à l'art. 43 al. 3 LPGA pour affirmer que les médecins ne pouvaient retenir une majoration des symptômes, rendant certains résultats ininterprétables, sans le rendre attentif au préalable aux conséquences d'un défaut de collaboration à l'instruction de son dossier. Le recourant ne peut du reste pas être suivi en tant qu'il affirme que son attitude et l'amplification des plaintes résultent de troubles psychiques. En effet, selon la Dresse H_____, le recourant ne souffrait d'aucune atteinte au plan psychique lors de son séjour à la CRR. Eu égard à ce qui précède, en l'absence de substrat objectivé aux plaintes du recourant, il y a lieu d'analyser l'obligation de prêter de l'intimée à l'aune des critères dégagés par la jurisprudence en matière de coup du lapin permettant de reconnaître un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles sans étiologie organique d'un assuré. Il convient d'abord de déterminer le degré de gravité de l'accident. Il est survenu sur une route où la vitesse de circulation est limitée à 60 km/h, sans qu'un excès de vitesse ne soit reproché au recourant. La vitesse n'était ainsi pas très élevée. L'accident a consisté en un

heurt des deux voitures impliquées, lesquelles se sont renversées sur le côté. La collision ne paraît cependant pas avoir été particulièrement violente, notamment eu égard aux lésions qu'elle a entraînées. L'accident impliquait en outre deux voitures, de sorte que les forces en jeu n'étaient pas disproportionnées. Partant, en se référant à la casuistique rappelée plus haut, force est de constater que cet événement se range dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Il est donc nécessaire que trois des critères développés par la jurisprudence soient réalisés pour admettre que les troubles du recourant sont en lien de causalité adéquate avec l'accident du 24 octobre 2015. En l'espèce, bien que la voiture du recourant ait basculé sur le côté, on ne peut objectivement considérer que l'accident a eu un caractère particulièrement impressionnant. En effet, ce critère n'est du point de vue objectif pas rempli. Le fait que le recourant ait dû être dégagé par les services de secours ne suffit pas à admettre sa réalisation (cf. par analogie arrêt du Tribunal fédéral 8C_440/2015 du 14 avril 2016, statuant sur le cas d'un assuré qui avait eu le bras coincé par un montant du véhicule et qui n'était pas parvenu à s'en extraire), notamment eu égard au fait que l'impossibilité de sortir de sa voiture ne l'exposait pas à un danger particulier. On ne peut non plus parler de circonstances particulièrement dramatiques. Les enfants du recourant étaient certes avec lui lors de l'accident, mais ils ont réussi à quitter l'habitacle sans difficultés. Le recourant n'a en outre pas subi de lésion particulièrement grave, et il a d'ailleurs pu quitter le Service des urgences des HUG après une période d'observation. On rappellera dans ce cadre que le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral ne suffit pas, en soi, pour conclure à la réalisation du critère invoqué. Il faut encore que les douleurs caractéristiques d'une atteinte de ce type soient particulièrement graves ou qu'il existe des circonstances spécifiques qui influencent le tableau clinique (arrêt du Tribunal fédéral 8C_427/2013 du 19 mars 2014 consid. 6.2), ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Le recourant n'a pas dû se soumettre à un traitement particulièrement pénible, et n'a pas souffert de douleurs particulièrement intenses. On ne déplore aucune erreur médicale. S'agissant des difficultés et complications rencontrées, si l'hématome sous-dural d'origine a justifié une mini-craniotomie, cette intervention s'est déroulée sans encombre et ses suites ont été simples. En ce qui concerne l'incapacité de travail en dépit des efforts du recourant, il suffit de renvoyer aux constatations de la CRR, qui ont révélé qu'il ne s'était guère impliqué dans les activités qui lui étaient proposées, de sorte qu'on ne peut reconnaître un effort particulier. Partant, aucun des critères permettant d'admettre un lien de causalité adéquate entre un accident et des atteintes à la santé en cas de traumatisme cranio-cérébral n'est réalisé en l'espèce. C'est ainsi à bon droit que l'intimée a considéré que les troubles du recourant n'étaient plus imputables à l'accident après le 17 juillet 2016 et qu'elle a mis un terme au versement de ses prestations. 12. Le recourant a sollicité plusieurs mesures d'instruction, notamment l'audition de témoins afin de démontrer la modification de sa personnalité. Il a également requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). S'agissant de la modification de la personnalité alléguée, il s'agit d'un point sans incidence sur l'issue du litige dès lors que la causalité adéquate entre ce phénomène et l'accident doit en toute hypothèse être niée au vu de ce qui

précède. Quant à l'expertise pluridisciplinaire, elle s'avère inutile puisque les troubles du recourant ont été investigués à satisfaction de droit, comme on l'a vu. En particulier, le fait que certains troubles n'aient pas été objectivés ne signifie pas que l'instruction est lacunaire, mais simplement que ces troubles ne trouvent pas d'explication organique.![endif]>![if> Partant, la chambre de céans ne donnera pas suite aux requêtes du recourant. 13. Mal fondé, le recours sera rejeté. ![endif]>![if> Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des 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 À la forme :

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