

GE_GERICHTE A/880/2016 vom 27. Februar 2017

GE Cour de justice, 2017-02-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_880_2016

FR: GE_GERICHTE A/880/2016 du 27 février 2017

IT: GE_GERICHTE A/880/2016 del 27 febbraio 2017

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à CHÂTELAINÉ recourant contre SUVA, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE intimée EN FAIT 1. Le 3 janvier 2015, M. A_____, (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en 1970, jardinier, au chômage, et à ce titre assuré obligatoirement à la SUVA, a été touché derrière la tête par le rétroviseur d'un bus presque à l'arrêt.![endif]>![if> 2. L'assuré s'est présenté aux urgences des HUG le 5 janvier 2015 : le diagnostic de céphalées post-traumatiques avec nuchalgies a été posé. Le bilan radiologique (CT cérébral et CT cervical) était dans la norme. L'IRM cérébrale a montré une sinusite sphénoïdale droite. L'assuré a ensuite été suivi dès le 13 janvier 2015 par le docteur B_____, médecin généraliste au Centre médical Carteret.![endif]>![if> 3. Dans un certificat médical adressé à la SUVA le 11 février 2015, le Dr B_____ a posé le diagnostic de céphalées et nuchalgies post-traumatiques. Il a certifié une incapacité de travail depuis le 3 janvier 2015, jour de l'accident, sans date de fin (à déterminer selon évolution).![endif]>![if> 4. L'examen neurologique pratiqué par la doctoresse C_____, neurologue FMH au Centre médical Carteret, a été sans particularité. L'assuré a été déclaré apte au travail à plein temps dès le 1^{er} avril 2015.![endif]>![if> 5. La SUVA a servi les prestations légales y compris les indemnités journalières perte de gain jusqu'au 31 mars 2015, la capacité de travail étant à nouveau entière dès le 1^{er} avril 2015, selon les médecins traitants du Centre médical Carteret.![endif]>![if> 6. Le 29 août 2015, l'assuré a à nouveau consulté le Dr B_____, lequel a prescrit une incapacité de travail dès le 31 août 2015. Interpellé par la SUVA, ce médecin a précisé que l'assuré, alors qu'il était « libre des crises pendant plusieurs semaines, présente à nouveau des céphalées et nuchalgies depuis le 24 août 2015, que le patient relie avec l'accident ». L'IRM cervicale du 7 septembre 2015 a montré uniquement des minimes protrusions discales non conflictuelles.![endif]>![if> 7. Après avoir sollicité l'avis de son médecin d'arrondissement, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, la SUVA a rendu, le 17 décembre 2015, une décision par laquelle elle a confirmé qu'il n'existe pas de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 3 janvier 2015 et les lésions annoncées.![endif]>![if> 8. Dans le cadre de l'instruction de l'opposition formée par l'assuré, la SUVA a une nouvelle fois soumis le dossier à l'appréciation du Dr D_____, lequel a établi, le 14 janvier 2016, un rapport fondé sur l'examen du dossier médical qui lui avait été fourni. Après avoir relevé l'évolution du cas, dès la survenance de l'accident, décrivant et résumant les différents documents médicaux versés au dossier, il a consigné les éléments anamnestiques pertinents relatifs à l'accident du 3 janvier 2015 et de ses suites, décrivant et commentant les différents avis médicaux, concluant que les troubles ayant nécessité des soins dès le 29 août 2015 ne sont pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 3 janvier 2015. Selon lui, l'incapacité de travail du 31 août au 13 octobre 2015 est peut-être médicalement justifiée, mais dans tous les cas sans

rapport avec l'accident annoncé. L'assuré n'apporte aucun élément médical nouveau dans son courrier du 6 janvier 2016 (opposition), pour justifier une modification de la décision de la SUVA. Dans la mesure utile, les détails de l'appréciation du médecin d'arrondissement seront repris dans les considérants. ⁹ La décision de la SUVA du 17 décembre 2015 a été confirmée sur opposition, le 5 février 2016 : dans le cas d'espèce, le médecin d'arrondissement a certifié que les effets délétères de l'accident ont cessé au plus tard en mai 2015. Dès cette date, le degré de preuve de la vraisemblance prépondérante n'existe plus du point de vue de l'expérience médicale. Après une période de quelques mois, il faut admettre que d'autres facteurs, non accidentels, jouent un rôle nettement prépondérant pour ne pas dire exclusif dans l'évolution, même si l'assuré était asymptomatique avant l'accident. À ce propos, force est de rappeler que selon la jurisprudence constante, un raisonnement fondé sur l'adage post hoc ergo propter hoc ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales et ne saurait être admis comme moyen de preuve. ¹⁰ Représenté par un avocat, l'assuré a recouru contre la décision sur opposition, par courrier recommandé du 16 mars 2016. Il conclut à l'annulation de la décision sur opposition du 5 février 2016 et à la condamnation de l'intimée à lui verser des indemnités journalières pour la période du 29 août au 13 octobre 2015 ainsi que toutes autres prestations dues, notamment les prestations pour soins, en lien avec une incapacité du 29 août au 13 octobre 2015, le tout avec suite de dépens. ¹¹ Selon le recourant, après l'accident du 3 janvier 2015, il aurait été en arrêt de travail « à compter du 1^{er} avril 2015 » (recte : " jusqu'au " 1^{er} avril 2015: selon ses médecins traitants, dont le Dr B_____, le patient était en incapacité de travail depuis le 3 janvier 2015, jour de l'accident, la capacité de travail à 100% ayant été retrouvée dès le 1^{er} avril 2015). Le patient a à nouveau été en arrêt de travail du 29 août au 13 octobre 2015. Si la SUVA avait pris en charge les premiers frais et autres indemnités journalières, elle a, de façon incompréhensible, refusé de prendre en charge la seconde période d'incapacité. Il offre de prouver ses allégués par la production (à venir) d'un certificat médical ou par expertise judiciaire; il sollicite un délai pour compléter son recours. ¹² Un délai pour compléter son recours et produire toutes pièces utiles lui a été accordé au 18 avril 2016. ¹³ À la demande de son conseil, lequel restait « dans l'attente de quelques éléments pour pouvoir déterminer la suite de la procédure », un second délai lui a été accordé, selon sa demande, au 28 avril 2016. ¹⁴ Puis sur nouvelle requête de son avocat, du 28 avril 2016, - lequel informait la chambre de céans qu'il n'était plus le mandataire du recourant -, et demandait une nouvelle prolongation du délai, afin que le recourant puisse procéder ou solliciter l'appui d'un nouveau conseil, une dernière prolongation lui a été accordée au 18 mai 2016. ¹⁵ Le recourant ne s'étant pas manifesté dans ce délai, la chambre de céans a invité l'intimée à lui communiquer ses observations. ¹⁶ L'intimée s'est déterminée par courrier du 30 juin 2016, concluant au rejet du recours. Le rapport médical du médecin d'arrondissement se fonde sur un examen complet et circonstancié des éléments pertinents sur le plan médical, le recourant n'ayant fait état d'aucun élément médical objectif propre à mettre en doute la fiabilité de l'appréciation du médecin de l'intimé, ceci quand bien même son médecin traitant a retenu l'existence de céphalées de tension post-traumatiques à la base des douleurs persistantes de l'assuré. Ce médecin – dont la prise de position est dépourvue de toute motivation – n'apporte lui-même aucun élément susceptible de remettre en cause l'appréciation du médecin d'arrondissement. ¹⁷ La chambre de céans a

communiqué la réponse de l'intimé au recourant, lui impartissant un délai au 26 juillet 2016 pour venir consulter les pièces du dossier et le cas échéant répliquer.![endif]>![if> 17. L'intéressé ne s'étant pas manifesté, la chambre de céans a convoqué les parties en audience de comparution personnelle fixée au 30 janvier 2017.![endif]>![if> Bien que dument convoqué le recourant ne s'est pas présenté, sans excuse. L'intimée a précisé que ses prestations avaient pris fin au 1^{er} avril 2015; elle n'avait plus rien versé à quelque titre que ce soit depuis cette date, ni en frais de traitement (pour des prestations postérieures au 31 mars 2015 en tout cas), ni en indemnités journalières, y compris pour la période de fin août à mi-octobre 2015. 18. Sur quoi la cause a été gardée à juger. Le recourant en a été informé par écrit et a reçu copie du procès-verbal d'audience.![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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> 3. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).![endif]>![if> 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.![endif]>![if> 5. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents, au-delà du 1^{er} avril 2015, singulièrement consécutivement à l'annonce de nouvelles céphalées et nalgies - attribuées par le recourant aux suites de l'accident du 5 janvier 2015 -, ayant entraîné une nouvelle incapacité de travail du 31 août au 13 octobre 2015.![endif]>![if> 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).![endif]>![if> La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 7. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.![endif]>![if> Savoir si l'événement assuré et

l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

8. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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. En droit des assurances sociales, il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. En l'absence de preuve, la décision est défavorable à la partie qui entendait déduire un droit d'une circonstance dont l'existence n'est pas établie (ATF 126 V 319, consid. 5a). Il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge et non au médecin de trancher la question juridique de savoir si, en présence d'un rapport de causalité naturelle entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé, la condition indispensable de l'existence d'un lien de causalité adéquate est remplie. Selon la

jurisprudence, il y a rapport de causalité adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177, consid. 3.2) L'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335, consid. 4c). 9. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a, ATF 118 V 293 consid. 2c et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1). 10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2). 11. 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).!

12. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).!

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 8C_102/2008 du 16 septembre 2008 consid. 2.2).

13. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).!

14. En l'espèce, il est établi que le recourant a été victime d'un accident en date du 3 janvier 2015, ayant été touché derrière la tête par le rétroviseur d'un bus presque à l'arrêt, dont les suites ont été entièrement prises en charge par l'intimée, ceci jusqu'au 31 mars 2015, date à laquelle une entière capacité de travail était recouvrée selon ses médecins traitants. !

Le recourant se prévaut d'un épisode de reprises de céphalées pour lesquelles il a à nouveau consulté les médecins du Centre médical Carteret le 29 août 2015, le Dr B_____ ayant certifié une nouvelle incapacité de travail à 100% dès le 31 août 2015, incapacité prolongée successivement jusqu'au 13 octobre 2015, date au-delà de laquelle une capacité de travail de 100% était retrouvée. Il requiert, de ce fait, des prestations de l'intimée pour la période du 29 août au 13 octobre 2015.

15. Or, dans sa décision litigieuse, l'intimée a considéré, sur la base de l'appréciation de son médecin d'arrondissement du 6 novembre 2015, complété par un nouvel examen du dossier en cours d'examen de l'opposition, selon rapport du 14 janvier 2016, que les atteintes invoquées par le recourant dès fin août 2015 au plus tard n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'accident du 3 janvier 2015, !

Comme cela a été rappelé ci-dessus, la jurisprudence considère qu'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 se fondant pour leur part sur un examen personnel de l'assuré. L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert, respectivement en l'espèce le médecin d'arrondissement de l'intimée, 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. C'est bien d'un tel rapport dont il s'agit en l'occurrence, le Dr D_____ n'ayant pas lui-même examiné l'assuré: il s'est fondé sur tous les documents médicaux versés au dossier, soit d'une part ceux émanant du médecin généraliste traitant et de la neurologue traitante de l'intéressé, qui ont tous deux examiné le recourant, tant après la survenance de l'accident, de janvier à mars 2015, que dès fin août 2015, et d'autre part sur les rapports d'examens ordonnés ou pratiqués par ses médecins traitants, tant à l'époque de l'accident que plus tard en septembre 2015, lors de la recrudescence des céphalées et nalgies annoncées par le patient dans la dernière semaine d'août. Dans son rapport, le Dr D_____ rappelle que lors de l'événement traumatique du mois de janvier 2015, l'assuré a reçu un choc de sa tête avec le rétroviseur d'un bus, lequel était presque à l'arrêt, et que dans les suites de cet événement, d'une façon chronique, l'intéressé a relaté des céphalées de tension et vertiges occasionnels. Le médecin d'arrondissement a toutefois rappelé que sur le plan purement physiopathologique, cet assuré n'avait pas présenté une perte de conscience de plus de trente minutes, il avait un Glasgow normal, et l'on n'avait pas de connaissances d'une amnésie post-traumatique immédiate persistant au-delà de quarante-huit heures. Il faut ici relever que la constatation ci-dessus, relative à la durée de l'éventuelle perte de conscience procède plus d'une référence médico-théorique que d'une observation strictement factuelle: la question de la perte de connaissance au moment des faits n'est en effet de loin pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante, selon les constatations de la chambre de céans, résultant autant de la comparaison des différents rapports médicaux que du rapport du chauffeur de bus impliqué: les premiers soins n'ayant d'ailleurs été dispensés que deux jours après les faits, le résumé des HUG, pour les premiers soins prodigués à l'assuré le 5 janvier 2015, note à l'anamnèse, et par conséquent sur la base des déclarations du patient, une perte de connaissance (PC) de quelques secondes; le chauffeur de bus pour sa part explique dans son rapport du 30 janvier 2015 qu'à l'approche de l'arrêt 22-Cantons, le rétroviseur droit du bus qu'il conduisait a touché légèrement le client. Il lui avait aussitôt demandé de ses nouvelles. L'intéressé lui avait répondu qu'il allait bien. Il lui avait proposé d'appeler des secours, offre que l'intéressé avait déclinée, raison pour laquelle, près d'un mois après les faits, ledit chauffeur était surpris de l'évolution des choses, et de se voir réclamer un rapport. Le Dr D_____ a du reste relevé le contenu du rapport des HUG évoquant les quelques secondes de PC. S'agissant du bilan purement objectif, les scanners cérébral et cervical pratiqués aux HUG ne mettent pas en évidence de lésions traumatiques post-traumatiques, tel un hématome intracérébral, une lésion ligamentaire instable, un œdème cérébral ou éventuellement une fracture du crâne ou des vertèbres. Quelques mois après, un bilan par IRM cervicale et cérébrale est réalisé. Sur ces dernières, selon la radiologue, il n'y a pas de lésion post-traumatique objectivable. Il est constaté une protrusion discale non conflictuelle et une sinusite sphénoïdale droite. Ces pathologies ne sont pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident. La sinusite est une maladie inflammatoire d'origine

bactérienne et la protrusion discale est une maladie dégénérative liée à l'âge, fréquente après 40 ans. S'agissant des céphalées post-traumatiques, la littérature médicale et les connaissances médicales actuelles ne permettent pas d'établir, avec certitude, un lien de causalité d'un traumatisme modéré et l'apparition par la suite de céphalées post-traumatiques persistantes, en l'absence d'éléments objectifs. La majorité des auteurs s'accorde à dire que la plupart des patients qui présentent un traumatisme crânien, en l'absence de lésion organique, récupère totalement en quelques jours, voire en quelques semaines. La moyenne de récupération chez un patient qui ne présente pas de lésion intracrânienne se situe à environ trois mois. Si l'on se base sur les études médicales de référence, des céphalées faisant suite à un traumatisme cérébral léger ne peuvent être reconnues au-delà d'une période dépassant quatre mois au maximum. Pour le cas de l'assuré, la prise en charge des effets délétères est éteinte au plus tard en mai 2015. Dès ce moment-là, le degré de preuve indispensable de vraisemblance prépondérante n'existe plus, du point de vue de la médecine des assurances. Le Dr D _____ a encore rappelé que l'accident était à basse énergie selon le rapport des urgences des HUG, le bus étant presque à l'arrêt. Il arrive donc à la conclusion que le traumatisme évoqué, sans lésions objectivables ni en urgence ni à distance ne peut pas dégager ses effets de manière indéfinie. Après une période de quelques mois, il faut admettre que d'autres facteurs, non accidentels, jouent un rôle nettement prépondérant pour ne pas dire exclusif dans l'évolution du cas, ceci même si le patient était asymptomatique avant l'événement accidentel, ce dernier jouant ainsi au plus un rôle révélateur mais pas causal, le médecin rappelant les pathologies non traumatiques révélées par les IRM évoquées ci-dessus. Il résulte de ce qui précède que le rapport du Dr D _____ est complet, basé sur une étude approfondie du dossier, ses conclusions sont cohérentes, et aucun élément ne permet de déceler le moindre élément susceptible de jeter un doute sur la pertinence du rapport et de ses conclusions. Au demeurant, force est de constater que les rapports médicaux des médecins traitants ne permettent de loin pas de s'écarter de manière convaincante de l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'intimé. Au contraire, dans son rapport à l'intention de la SUVA, du 21 octobre 2015, le Dr B _____ se distance de l'appréciation même de son patient : il dit clairement que c'est ce dernier qui relie la symptomatologie apparue depuis le 24 août 2015 à son accident (de janvier 2015). Il ne prend pas cette remarque à son compte, quand bien même en réponse à la question 6 du questionnaire, s'agissant de savoir si la présence de contracture musculaire cervicale gauche douloureuse à la palpation, et une douleur lors de la rotation à gauche de la tête, concordent avec l'événement invoqué par le patient et semblent plausibles, il est répondu par l'affirmative, de manière peu convaincante, et dépourvue de toute argumentation ou justification. Il faut à cet égard garder à l'esprit que 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. Ceci dit, l'opposition formée par l'assuré à la décision du 17 décembre 2015, aussi bien que le recours interjeté par devant la chambre de céans, ne comportent aucune pièce médicale, et encore moins un avis remettant en cause l'appréciation du médecin d'arrondissement de l'intimé. C'est au demeurant le lieu de relever que le recours, très sommairement motivé, annonçait la production de pièces médicales, raison pour laquelle un délai avait été accordé au recourant pour compléter son recours et produire toutes pièces utiles, ce qu'il n'a pas fait, malgré plusieurs prolongations de délais. Finalement le recourant, en ne répondant pas à la chambre de céans, pour se prononcer au sujet de la réponse de l'intimé – ce qui lui aurait d'ailleurs permis une fois de plus de produire les documents annoncés au dépôt de son recours -, et en ne se présentant

pas à la convocation à l'audience de comparution personnelle lors de laquelle il lui eût été loisible de s'exprimer oralement, a montré un désintérêt certain pour la procédure de recours qu'il avait lui-même initiée. Aucun élément ne permet donc à la chambre de céans de douter de la fiabilité du rapport du médecin d'arrondissement de l'intimé, et lui reconnaîtra ainsi une pleine valeur probante. 16. C'est donc à juste titre que l'intimée a refusé de reprendre ses prestations, pour la période du 31 août au 13 octobre 2015, les céphalées et autres nuchalgies dont le recourant s'est plaint dès le 24 août 2015 n'étant manifestement plus en relation de causalité naturelle avec l'accident du 3 janvier 2015. Au vu de la jurisprudence citée ci-dessus, la question du lien de causalité adéquate n'a dès lors pas besoin d'être examinée.!

!> Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. 17. 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.