

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1961, ressortissant italien, né en France, est arrivé en Suisse le 23 mars 1973. Il a travaillé auprès de différentes entreprises de l'horlogerie, et à compter du 1^{er} juillet 2014, à plein temps au sein de la société B_____ SA (ci-après : l'employeur) en qualité de polisseur. À ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA, l'assureur ou l'intimée).
2. Le 9 octobre 2014, sur son lieu de travail, l'assuré a manqué une marche en descendant les escaliers et a chuté (cf. déclaration de sinistre du 15 octobre 2014).

La SUVA a pris en charge les suites de cet accident, en s'acquittant des frais médicaux et en octroyant des indemnités journalières.
3. Le jour même, les premiers soins ont été prodigués par la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine interne. Dans son rapport du 30 octobre 2014, la praticienne a relevé que les vertiges post-traumatiques « (1984) » pouvaient influencer de manière défavorable le processus de guérison. Elle a diagnostiqué des contusions simples et constaté une rougeur dans le cuir chevelu, au niveau pariétal droit, une douleur et une contusion du genou gauche, une rougeur de la jambe droite ainsi qu'une contusion de la base du cinquième métatarsien. La capacité de travail était nulle du 9 au 13 octobre 2014. Le traitement consistait en la prise d'antalgiques.
4. Le 21 octobre 2014, le docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, a noté, dans son rapport du même jour, que l'assuré présentait des antécédents de nombreux traumatismes cervicaux et crâniens. Lors de sa chute du 9 octobre 2014, il avait eu un impact sur la tête et souffrait depuis lors d'une sensation vertigineuse, de difficultés de concentration et de mémoire ainsi que de paresthésies des membres supérieurs. Le spécialiste a relevé que les neurographies sensitives et motrices des membres supérieurs étaient sans anomalie, en particulier sans évidence de syndrome du tunnel carpien.
5. Dans son rapport du 9 novembre 2014, la docteure E_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué avoir vu l'assuré pour la première fois le 14 octobre 2014. Celui-ci rapportait, avant son accident du 9 octobre 2014 de multiples traumatismes avec des troubles cognitifs persistants et s'aggravant à chaque accident, avec des troubles de l'équilibre et des céphalées. Ses divers traumatismes antérieurs avec plaintes neurologiques pouvaient influencer de manière défavorable la guérison. L'incapacité de travail était totale dès la date du sinistre pour une durée indéterminée.
6. Le 11 novembre 2014, une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale a été pratiquée, pour troubles mnésiques et de l'équilibre ainsi que chutes à répétition. Dans leur rapport du 13 novembre 2014, les docteurs F_____ et G_____, spécialistes FMH en radiologie, ont conclu à l'absence d'anomalie sustentoriale.

Aucune explication ne pouvait être donnée aux troubles mnésiques. En infratentorial, ont été observées des irrégularités intraluminales du sinus transverse droit avec en regard une lésion séquellaire millimétrique sur le cortex cérébelleux droit, pouvant être compatible avec des petites séquelles de thrombophlébite.

7. À la demande de la Dre E_____, le 13 novembre 2014, la SUVA lui a transmis les documents suivants en lien avec des accidents antérieurs :
- le rapport du Dr D_____ du 21 avril 2011, lequel a noté, sous l’anamnèse, que l’assuré était connu pour de nombreux traumatismes cervicaux et crâniens suite à divers accidents de la route, à une chute du premier étage à l’âge d’un an ou en rapport avec des coups directs, tels que le fer à repasser reçu lors d’une dispute avec son ex-épouse. L’assuré avait subi le 21 mars 2010 (recte : 2011) un nouvel accident de la circulation, lors duquel il avait été embouti par l’arrière. Il s’ensuivait une sensation d’être « sonné », associée à une réactivation des maux de tête et des vertiges. Il avait bénéficié d’un scanner cérébral, qui s’était révélé sans anomalie. Il signalait actuellement des céphalées diffuses, fluctuantes en intensité, une sensation vertigineuse mal systématisée exacerbée par les mouvements en rotation de la tête, des paresthésies des quatre extrémités plus marquées au niveau des membres supérieurs ainsi que des troubles mnésiques qui s’aggravaient progressivement depuis plusieurs années. L’examen neuropsychologique réalisé le 19 juin 2008 avait révélé des troubles en mémoire épisodique sur matériel verbal et visuel. Ce tableau avait surpris l’examineur en raison de la discordance entre les déficits mnésiques qui étaient assez marqués et la discrétion de l’atteinte des fonctions exécutives. En cas de TCC (traumatisme crânio-cérébral), on pourrait s’attendre au contraire à une atteinte exécutive et attentionnelle plus marquée par rapport aux troubles mnésiques. Le Dr D_____ a conclu que l’examen neurologique montrait une très discrète instabilité lors des manœuvres testant l’équilibre. L’écho-Doppler des axes carotidiens et vertébraux était sans anomalie, en particulier sans signe d’atteinte au niveau du système vertébro-basilaire. L’assuré présentait une symptomatologie associant céphalées, vertiges, paresthésies et troubles mnésiques évoluant depuis dix ans et qui semblait s’aggraver lors de chaque nouvel épisode de TCC ;
 - le rapport du 7 avril 2011 du docteur H_____, spécialiste FMH en radiologie, relatif au scanner cérébral effectué le même jour, aux termes duquel l’examen était sans anomalie. Il n’y avait pas d’argument pour une lésion post-traumatique, étant précisé que l’IRM cérébrale, initialement prévue, n’avait pas pu être effectuée, malgré la proposition d’une prémédication, en raison d’un état de claustrophobie.
8. Les 14, 18 et 25 novembre 2014, l’assuré a été examiné par Madame I_____, psychologue spécialisée en neuropsychologie. Dans son rapport du 5 décembre 2014, elle a résumé les antécédents médicaux. L’assuré avait eu différents accidents de la voie publique, dont les plus significatifs en 1981 (une voiture l’avait percuté à

l'arrière à plus de 80 km/h alors qu'il était à l'arrêt), en 1985 et en 2007. Il aurait été victime de quinze à vingt accidents depuis 1981. La chronologie des troubles était complexe, les vertiges semblaient être présents depuis le premier accident de 1981. Le 1^{er} avril 2008, la docteure J_____, spécialiste FMH en neurologie, avait effectué un examen neurologique qui mettait en évidence des céphalées, des sensations de vertige, des troubles mnésiques, des difficultés de sommeil et des paresthésies. Les troubles neurologiques pouvaient être le reflet d'une atteinte frontale ou d'une autre maladie neurodégénérative. L'examen neuropsychologique pratiqué aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) le 19 juin 2008 témoignait de difficultés dans le calcul oral complexe, un ralentissement en flexibilité mentale et des troubles de mémoire (apprentissage, reconnaissance, rappel différé). Une discordance du tableau clinique était relevée (notamment absence de troubles attentionnels) et l'étiologie n'avait pas pu être déterminée. Le 9 octobre 2014, l'assuré avait chuté dans les escaliers, suite à un vertige, en embarquant deux de ses collègues. Il avait « tapé » la tête à l'arrière et il était bien « sonné ». Le 14 octobre 2014, l'examen neurologique par la docteure E_____ avait mis en évidence des stations debout et funambule instables, augmentées les yeux fermés.

L'assuré se plaignait de vertiges, apparus depuis le premier accident en 1981, lorsqu'il levait la tête. Depuis environ quatre à cinq ans, sa tête tournait dès qu'il bougeait. Il éprouvait des difficultés de concentration et de mémoire. Il était maladroit, avec une tendance à faire tomber les choses. Il relevait des maux de tête quotidiens. Son épouse, jointe par téléphone, qui le connaissait depuis dix ans, avait déclaré que l'assuré se cognait systématiquement et avait constamment des maux de tête et des vertiges ainsi qu'une mémoire catastrophique.

Au niveau affectif, l'assuré n'était pas très affecté par ce qui lui arrivait, avec une tendance à sourire et à rigoler en racontant les faits.

Suite aux tests réalisés, Mme I_____ a conclu que l'évaluation neuropsychologique avait mis en évidence des résultats pathologiquement déficitaires en mémoire de travail et en mémoire épisodique verbale, associés à des troubles modérés dans les fonctions exécutives (planification, réponses anticipées, répétitions, auto activation, programmation motrice). L'étiologie des troubles était difficile à préciser au vu de sa longue histoire d'atteinte neurologique et de l'incohérence du tableau. Il était impossible de déterminer quels troubles étaient associés à quels événements. Le tableau clinique comportait des incohérences ; une amplification des troubles avait été suspectée, mais un test spécifique réussi ne mettait en évidence, à priori, aucune amplification du point de vue cognitif. Les troubles cognitifs étaient importants, mais l'examen neurologique et l'IRM cérébrale récente étaient sans particularité. Il était peu habituel d'avoir des plaintes au niveau de la fatigue et de la concentration, mais aucune difficulté aux tests attentionnels. Afin de clarifier la situation, la psychologue a recommandé une évaluation par un psychiatre connaissant bien la pathologie neurologique.

9. Le 8 décembre 2014, une IRM de la colonne cervicale a été réalisée, en raison de multiples coups de lapin, de cervicalgies, de céphalées, de troubles cognitifs, de vertiges et de paresthésies aux quatre extrémités. Se posait également la question de savoir si l'assuré souffrait d'une myélopathie cervicale. Dans son rapport du 9 décembre 2014, le docteur K_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une spondylo-uncarthrose étagée entre C3 et C6, pincée entre C4 et C6 avec anomalie de signal Modic 2 et bombardement discal circonférentiel à ces trois niveaux, à l'origine d'un léger rétrécissement antéropostérieur du canal médullaire, sans perte du plan de clivage de LCR (liquide céphalo-rachidien) en périphérie du cordon médullaire ni anomalie de signal de ce dernier, ainsi que d'une sténose neuroforaminale bilatérale étagée relativement symétrique entre C3 et C6.
10. Dans son avis du 15 décembre 2014, la docteure L_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, a noté que l'incapacité de travail était justifiée ; une reprise d'une activité paraissait un peu compromise. Une évaluation psychiatrique, tel que demandé par la neuropsychologue, était indispensable.
11. Par courrier du 19 décembre 2014, l'employeur a licencié l'assuré avec effet au 31 janvier 2015.
12. Dans son rapport du 26 décembre 2014, la Dre E_____ a indiqué que l'assuré présentait des troubles vertigineux lors des moindres mouvements, entraînant une instabilité importante à la marche et de fréquentes chutes. Les céphalées étaient fréquentes, quasi permanentes, s'exacerbant lors des efforts de concentration et lors de la marche. Les difficultés de concentration et de mémoire s'étaient accentuées depuis le dernier accident. L'assuré se plaignait de paresthésies des membres supérieurs à prédominance nocturne en relation avec les anomalies cervicales. Le récent bilan neuropsychologique retrouvait les difficultés de mémoire, des troubles des fonctions exécutives plus importantes, mais de façon surprenante, une atteinte attentionnelle était absente. L'IRM cérébrale était sans anomalie significative. L'assuré avait débuté une rééducation de l'équilibre en physiothérapie spécialisée. En résumé, ce dernier présentait, suite à une succession d'accidents avec TCC et « coups de lapin », des symptômes cognitifs, vertigineux avec chutes fréquentes, des céphalées, dont l'intensité allait en augmentant depuis le dernier accident. Les symptômes semblaient séquellaires aux accidents. Il était toutefois difficile de déterminer à quand ils remontaient et quels accidents étaient en cause. La docteure a attesté une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée.
13. Dans son appréciation du 8 janvier 2015, la Dre L_____ a rappelé que l'assuré avait subi divers sinistres à charge de la SUVA, le premier datant de 1985. Après avoir résumé les rapports médicaux ainsi que celui de la neuropsychologue, la Dre L_____ a procédé à l'appréciation du cas. Il apparaissait, à la lecture des différents rapports médicaux, que l'assuré souffrait depuis de nombreuses années de divers problèmes neurologiques dont l'origine n'avait pas pu être déterminée. Des troubles cognitifs importants étaient reconnus. Les troubles en mémoire de

travail et dans les fonctions exécutives étaient nouveaux. Elle a recommandé une évaluation neurologique, neuropsychologique et psychiatrique interdisciplinaire pour clarifier les diagnostics et déterminer si les troubles étaient en relation avec les divers traumatismes.

14. Lors d'un entretien téléphonique avec la SUVA le 13 février 2015, l'assuré a déclaré que deux semaines plus tôt, en sortant de chez lui, il s'était pris la porte. Il avait eu un grand hématome qu'il avait traité lui-même avec une pommade. Un mois auparavant, suite à un vertige, il était tombé et s'était tapé au niveau de l'arcade sourcilière. Des points de suture n'avaient pas été nécessaires (cf. note de l'assureur du 13 février 2015).
15. Le 28 février 2015, l'assuré a chuté sur un escalator et s'est fait mal à la main gauche ainsi qu'au genou droit (cf. note téléphonique de la SUVA du 4 mars 2015 ; dossier n°11.10389.15.5). Il a consulté la Dre E_____ le 24 mars 2015, l'évolution ayant été favorable sous AINS (cf. rapport médical du même jour).
16. À l'occasion d'un entretien téléphonique avec la SUVA le 29 avril 2015, l'assuré a fait savoir qu'il avait eu la veille un nouvel accident (dossier n°23.51244.15.4). Il était tombé devant chez lui. Il n'arrivait plus à se relever. Les deux jambes étaient en sang, il souffrait de douleurs aux deux genoux, dont l'un était enflé. Il s'était rendu le soir même au groupe médical d'Onex, qui lui avait demandé de payer directement la consultation ; des factures étaient en suspens, non acquittées par la SUVA. Le lendemain, la Dre E_____ lui avait donné la même réponse. Il allait consulter un autre service d'urgence (cf. note de l'assureur du 29 avril 2015).
17. Dans son rapport du 28 mai 2015, la Dre E_____ a posé les diagnostics de status post multiples traumatismes cervicaux et crâniens avec céphalées, troubles de l'équilibre et troubles cognitifs. Elle n'avait pas constaté d'amélioration depuis son dernier rapport de décembre 2014. De possibles pathologies psychiatriques, en cours d'évaluation auprès du docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pouvaient influencer l'évolution du traitement. Une expertise multidisciplinaire s'avérait indispensable.
18. Dans une note du 24 juin 2015, le docteur N_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin conseil de la SUVA, a indiqué qu'il importait pour élucider le cas de savoir s'il y avait des séquelles organiques des accidents. L'IRM du 11 novembre 2014, pratiquée sur un appareil 1 Tesla, ne montrait pas d'anomalies à l'exception d'une altération minimale au niveau du cervelet compatible avec des petites séquelles de thrombophlébites. En l'absence d'un substrat organique, on ne pouvait lier les troubles de l'assuré aux événements. Dans ce cas, le médecin a recommandé une nouvelle IRM cérébrale sur une unité à 3 Tesla, standard actuel pour les questions médico-légales.
19. Le 15 juillet 2015, un collaborateur de la SUVA s'est entretenu avec l'assuré à son domicile. À cette occasion, ce dernier a déclaré que depuis son accident de voiture en 1980, avec choc sous forme d'un « coup de lapin », il avait de légers vertiges. Il

manifestait les symptômes actuels suivants : sommeil perturbé à cause de fourmillements dans les bras et les mains, maux de tête violents, vertiges permanents, mémoire défaillante et manque de concentration, perte de la parole et difficulté à trouver les mots par moments, réflexes au ralenti. Il prenait régulièrement du Dafalgan et du Ponstan. Il avait abandonné la physiothérapie vestibulaire, car contre-productive. Il suivait actuellement des séances d'acupuncture. La consultation auprès du psychiatre était selon l'assuré sans grand résultat. Il évitait de conduire, car ses réflexes étaient diminués. Il conduisait en cas d'extrême nécessité sur de courtes distances uniquement. Il faisait parfois les courses, mais oubliait souvent « la moitié des choses ». La marche était hésitante à cause des vertiges. Il supportait mal la foule. Il était fréquemment victime de chutes, sans conséquences, en raison du manque de réflexes et des vertiges (cf. rapport de la SUVA du 15 juillet 2015).

20. Le 7 août 2015, le docteur O_____, spécialiste FMH en radiologie, a informé la SUVA que l'IRM n'avait pas pu être effectuée, l'assuré souffrant de claustrophobie, ceci malgré une prémédication. Le médecin a demandé la copie des IRM antérieures pour apprécier le cas. Si nécessaire, l'IRM pouvait être réalisée sous anesthésie générale.
21. Le 23 novembre 2015, le docteur P_____, spécialiste FMH en radiologie, a pratiqué une IRM cérébrale (sur 1.5 Tesla). Dans son rapport du 24 novembre 2015, le médecin a conclu que l'examen était sans anomalie significative. En particulier, aucune image séquellaire, d'effet de masse ou de prise de contraste pathologique n'avait été observée. Aucune image suspecte d'une séquelle lacunaire, territoriale ou hémorragique n'était identifiable et les vaisseaux intracrâniens étaient sans particularité. L'asymétrie des sinus transverses était à mettre en relation avec une asymétrie constitutionnelle de même que l'asymétrie des sinus sigmoïdes.
22. Dans son rapport du 8 octobre 2015, le Dr O_____ a commenté les IRM du 11 novembre 2014 et du 8 décembre 2014. La première n'avait pas mis en évidence, à l'étage supratentorial, de signe d'altérations post-traumatiques, en particulier de contusion du parenchyme, d'hémorragie ou de lésions axonales diffuses hémorragiques ou non hémorragiques. Il y avait un signe de discrète altération du signal dans le sinus transverse à droite. Dans cette zone était observé un léger contraste hétérogène dans le sinus transverse dans les séquences pondérées en T1 avec produit de contraste. Une altération de signal similaire était également notée dans le sinus transverse gauche, de manière moins marquée. Dans les zones adjacentes, dans le cervelet latéro-crânial droit, était constatée une discrète altération de signal dans les séquences FLAIR. Dans l'ensemble, il pourrait s'agir d'un statut après ancienne thrombose veineuse sinusale recanalisée dans le sinus transverse droit. Il pouvait toutefois également s'agir d'une variante de la norme avec multiples granulations de Pacchioni et hypoplasticité du sinus transverse sigmoïde, en particulier, au vu des altérations, en principe, similaires, mais nettement moins marquées dans le sinus transverse du côté gauche. Dans

l'ensemble, aucun signe direct et probant d'altérations parenchymateuses post-traumatiques cérébrales ou cérébelleuses n'était observé. Le médecin a toutefois souligné qu'une thrombose veineuse sinusale pouvait potentiellement être d'origine traumatique.

La seconde IRM mettait en évidence des discopathies dégénératives multisegmentaires de C3/4 à C5/6 avec ostéochondrose intervertébrale, en particulier à l'étage C5/6. Il n'y avait pas de sténose canalaire notable ni de rétrécissement neuroforaminal, ni de myélopathie. Globalement, aucune altération post-traumatique n'était observée.

À la question de savoir si des séquelles post-traumatiques existaient, le médecin a répondu que, dans la région cérébrale supratentorielle, aucun signe d'altérations post-traumatiques n'était observé. Il y avait éventuellement un status après thrombose veineuse sinusale recanalisée dans le sinus transverse droit. L'hypothèse d'une ancienne thrombose veineuse sinusale recanalisée à droite, avec une lésion cérébelleuse de taille millimétrique à droite, n'était pas de nature à expliquer une atteinte cognitive cérébrale. En l'absence de signes probants d'altérations cérébrales supratentorielles traumatiques dans l'IRM du 11 novembre 2014, globalement de bonne qualité, la probabilité de détection d'altérations post-traumatiques à l'imagerie 3 Tesla était très faible et ne justifiait pas le risque d'une anesthésie.

23. Dans son rapport du 17 décembre 2015, le Dr N_____ a, après avoir résumé les rapports relatifs aux sinistres subis depuis 2011, relevé que le premier examen neuropsychologique de 2008 avait révélé des fonctions exécutives légèrement atteintes et que la mémoire était fortement touchée. Suite à l'accident du 21 mars 2011, le Dr D_____ avait décrit un bilan particulièrement normal. Seule une très légère instabilité était décelée lors des tests d'équilibre. Aucun corrélat clinique aux vertiges et aux paresthésies des membres n'avait été trouvé. Le Dr N_____ a conclu que, pendant toutes ces années, le bilan neurologique était resté normal dans l'ensemble. La très légère incertitude lors de la marche en aveugle n'expliquait pas la tendance aux chutes de l'assuré. La lésion décrite dans l'hémisphère cérébelleux droit ne pouvait pas entraîner un trouble pertinent de la démarche. L'attention était une fonction de réseau de l'ensemble du cerveau, si bien qu'elle était généralement toujours atteinte sur le plan clinique en cas de lésion. L'IRM n'avait toutefois mis en évidence aucune lésion post-traumatique. Les troubles signalés et les résultats neuropsychologiques n'avaient ainsi pas de fondement organique objectivable d'ordre structurel. Le parenchyme cérébral semblait correspondre à l'âge, sans signe de processus neurodégénératif ou vasculaire susceptible d'expliquer l'atteinte neuropsychologique progressive. Compte tenu des incohérences anamnestiques, cliniques et neuropsychologiques, le Dr N_____ n'était pas convaincu de l'origine organique des troubles. Un lien de causalité avec les différents accidents n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Ainsi, le médecin n'a pas recommandé de nouvel examen.

24. Dans une note du 19 janvier 2016, le Dr N_____ s'est prononcé sur l'IRM du 23 novembre 2015, laquelle confirmait les résultats de l'IRM du 11 novembre 2014, de sorte que le médecin a maintenu ses conclusions du 17 décembre 2015.
25. Par décision du 19 janvier 2016, la SUVA a mis un terme aux prestations d'assurance au 31 janvier 2016 ; les troubles subsistants n'étaient pas en relation de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'accident du 9 octobre 2014 ni avec les autres accidents annoncés à l'assureur.

Cette décision a également été notifiée le 29 février 2016 à l'assurance-maladie de l'assuré, soit Easy Sana Assurance-Maladie SA, laquelle ne l'a pas contestée.

26. Le 16 février 2016, l'assuré a, par l'intermédiaire de son conseil, formé opposition. Depuis son accident, les troubles de l'équilibre s'étaient nettement aggravés, de même que les céphalées et les troubles cognitifs.

Il a joint le rapport de la Dre E_____ du 15 février 2016, aux termes duquel l'assuré présentait des troubles cognitifs, des troubles de l'équilibre et des céphalées. Selon la praticienne, il n'était toutefois pas possible, à l'aide d'examen complémentaires, de prouver leur relation avec les accidents. Elle a néanmoins retenu un lien de causalité sur la base de la confiance dans l'anamnèse donnée par l'assuré. Il décrivait depuis les différents accidents des sensations vertigineuses entraînant des troubles de l'équilibre, lesquels étaient, selon lui, à l'origine des accidents et s'accroissaient au fur et à mesure de la répétition des traumatismes. Depuis l'accident d'octobre 2014, l'assuré décrivait une exacerbation de symptômes qu'il présentait déjà auparavant. Jadis, les troubles de l'équilibre étaient principalement présents lorsqu'il levait la tête ou la bougeait trop rapidement. Actuellement, il les décrivait comme fréquents et très nettement majorés en extension de la nuque. Il se plaignait également de céphalées quotidiennes à point de départ cervical, de troubles de la concentration et de la mémoire qu'il qualifiait comme importants avec des répercussions dans sa vie privée et professionnelle. Il indiquait que depuis deux ans environ, il était licencié après quelques mois pour « incompétence ». Depuis la dernière consultation d'octobre 2014, il décrivait plusieurs chutes en relation avec les troubles de l'équilibre.

La médecin avait constaté à plusieurs reprises des hématomes et des dermabrasions sur les membres qu'il attribuait aux chutes ou au fait qu'il se « cognait » fréquemment. Le bilan neuropsychologique de décembre 2014 avait conclu à l'absence de surcharge cognitive (amplification des troubles), mais à des résultats pathologiquement déficitaires en mémoire de travail, en mémoire épisodique verbale, associés à des troubles modérés dans les fonctions exécutives. La neuropsychologue était surprise par l'absence d'atteintes au niveau attentionnel, qui restait peu explicable. Elle avait relevé des incohérences, bien qu'une amplification des troubles ait pu être écartée. La Dre E_____ était frappée, à l'instar de la neuropsychologue, par l'aspect relativement « peu affecté » par son vécu, par l'ampleur des troubles cognitifs alors que l'IRM cérébrale était sans grande

anomalie, par l'absence de suivi médical régulier depuis 1980, rendant l'évaluation de la situation compliquée. Les examens complémentaires n'avaient pas montré d'anomalie pouvant expliquer la symptomatologie. Le bilan oto-neurologique en 1985 et en 2011 était normal. Le bilan de 2014 n'avait pas mis en évidence d'altération de la fonction vestibulaire périphérique, mais évoquait une atteinte cérébelleuse. L'assuré avait suivi de la physiothérapie vestibulaire qu'il avait interrompue en raison de l'exacerbation des sensations vertigineuses après les séances. Il avait également interrompu le suivi psychiatrique. Lors de l'examen clinique, la Dre E_____ a retenu une instabilité à la station debout, notamment les pieds joints et les yeux fermés. Le funambule était instable avec une exacerbation lors de la fermeture des yeux. L'absence de suivi médical pendant des années, le changement régulier de médecins, la difficulté d'obtenir des informations précises de la part de l'assuré étaient des points qui ne renforçaient pas le lien de causalité avec un accident. La difficulté de suivi s'expliquait peut-être par un trouble psychiatrique sous-jacent rendant difficile l'évaluation de ce patient. Au vu des troubles neuropsychologiques, des céphalées et des vertiges, la capacité de travail était jugée nulle dans toute activité.

27. Par décision du 20 avril 2016, la SUVA, se fondant sur le rapport du Dr N_____ du 17 décembre 2015, a rejeté l'opposition. Un lien de causalité avec les différents accidents n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Le rapport de la Dre E_____, produit par l'assuré, n'était d'aucun secours. La praticienne avait admis qu'il n'était pas possible de démontrer par des examens complémentaires la relation entre les troubles allégués et les accidents. La relation de causalité, retenue par ledit médecin, sur la base de la confiance dans l'anamnèse relatée par l'assuré ne permettait pas d'engager la responsabilité de l'assureur. Enfin, le raisonnement fondé sur l'adage « *post hoc, ergo propter hoc* » ne suffisait pas pour établir le lien de causalité naturelle.
28. Par acte du 19 mai 2016, l'assuré a, sous la plume de son conseil, interjeté recours, en concluant, sous suite de dépens, principalement, à l'annulation de la décision querrellée, à la constatation que l'intimée devait continuer à prendre en charge son cas au-delà du 31 janvier 2016, à la constatation que l'intimée devait reprendre le versement des indemnités journalières dès le 1^{er} février 2016, et subsidiairement, à la production par l'intimée et par les HUG de l'intégralité de son dossier depuis 1981, et à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

À titre préalable, le recourant a invoqué une violation de son droit d'être entendu ainsi qu'une violation de la maxime inquisitoire. Malgré sa demande, il n'avait pas eu accès à l'intégralité de son dossier, alors même que le médecin conseil de l'intimée et la décision litigieuse faisaient référence non seulement aux accidents antérieurs subis mais également à des documents médicaux non versés dans le dossier. Ainsi, il n'avait pas pu se déterminer sur les pièces sur lesquelles reposait la décision attaquée. De plus, le 15 décembre 2014, la Dr L_____, médecin conseil, était d'avis qu'il était indispensable d'effectuer une évaluation

psychiatrique. Or, l'intimée n'avait pas mis sur pied une telle expertise, si bien que l'instruction était lacunaire.

Sur le fond, le recourant a argué que l'intimée avait admis le lien de causalité puisqu'elle avait pris en charge les conséquences de l'accident d'octobre 2014. Les éléments au dossier confirmaient la gravité et la persistance des atteintes à sa santé. La Dre E_____ avait relevé, depuis cet événement, une aggravation des troubles de l'équilibre, des céphalées, un trouble de la concentration et de la mémoire. Elle avait observé à plusieurs reprises des hématomes et des dermabrasions sur les membres, résultant de chutes provoquées par les troubles de l'équilibre. Le bilan neuropsychologique de décembre 2014 avait conclu à des résultats pathologiquement déficitaires en mémoire de travail et en mémoire épisodique verbale. Au vu de ces troubles, la médecin avait attesté une incapacité de travail totale. Aussi ses atteintes étaient-elles en lien de causalité avec l'accident d'octobre 2014.

29. Dans sa réponse du 10 août 2016, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours.

Au préalable, elle a produit l'ensemble du dossier concernant le recourant, et indiqué qu'elle ne disposait plus du dossier relatif à l'accident de 1985, celui-ci ayant été détruit après avoir été archivé durant dix ans. Elle a, en outre, précisé tenir le dossier radiologique à la disposition de la chambre de céans.

Le dossier n° 11.14202.91.2 comprend les documents suivants :

- la déclaration d'accident du 20 juin 1991 relatif à un accident du 13 juin 1991. En s'amusant à « shooter » des objets traînant sur la pelouse, le recourant, employé au sein de l'entreprise Q_____ SA à cette époque, avait tapé sur un caillou, provoquant des contusions au pied et à la cheville droite, sans lésions osseuses (cf. rapport médical du 3 juillet 1991) ;
- un rapport médical du 23 janvier 1992, indiquant que le recourant se plaignait de douleurs internes et externes de sa cheville et de son pied droit. L'articulation tibio-tarsienne était en ordre. La prosupination provoquait des douleurs sous-malléolaires internes. L'accident avait déséquilibré un équilibre déjà précaire dû à la platypodie, raison pour laquelle il avait reçu des supports plantaires.

Le dossier n° 1 _____ comprend :

- la déclaration d'accident du 2 juillet 1993 faisant état d'un accident du 29 juin 1993. En sortant de l'ascenseur, le recourant avait glissé sur le sol inondé de l'allée de l'immeuble et avait chuté, entraînant la fracture d'une dent.

Le dossier n° 2 _____ comprend notamment les documents suivants :

- la déclaration d'accident du 10 août 1993 en lien avec un accident du 3 août 1993. En descendant un talus herbeux pour rejoindre son domicile, il avait glissé sur l'herbe et avait chuté, engendrant une tuméfaction de la face dorso-latéro-interne de la main droite avec forte douleur au niveau du cinquième métacarpien, nécessitant le port d'un plâtre (cf. rapport médical du 13 août 1993) ;
- la déclaration d'accident du 8 septembre 1998, indiquant une rechute. L'os brisé de la main droite ayant été mal remis en place, le recourant éprouvait de la peine à serrer les objets ;
- un rapport médical du 17 novembre 1998 diagnostiquant un cal vicieux du cinquième métacarpien droit. Le recourant se plaignait de paresthésies dans tous les doigts de la main droite. Il ne présentait pas d'incapacité de travail.

Le dossier n° 3 _____ comprend notamment les documents suivants :

- la déclaration d'accident du 25 juin 1999 relatif à un accident du 20 juin 1999. Le recourant, employé au sein de l'entreprise R _____ SA à cette époque, avait glissé sur des escaliers mouillés et s'était tordu la cheville gauche, sans fracture (cf. rapport médical du 15 juillet 1999) ;
- le rapport médical pour rechute du 22 juillet 2003 indiquant que lors d'un fort appui sur le pied gauche, le recourant avait éprouvé des douleurs intenses. Ont été posés les diagnostics de contusion et de pseudarthrose, sans hématome ni fracture.

Le dossier n° 4 _____ comprend notamment les documents suivants :

- la déclaration d'accident du 30 août 2001 concernant un accident du 17 août 2001. Le recourant était dans sa voiture, arrêté à un feu, lorsqu'un véhicule l'a percuté par l'arrière, entraînant une lésion de type « coup de lapin » ;
- une note téléphonique de l'intimée du 10 août 2001 mentionnant qu'il s'agissait du quatrième « coup du lapin ». Le recourant avait eu un choc de la tête au niveau de l'arcade sourcilière contre le pare-brise puis en retour contre l'appui-tête. Il avait des vertiges et des troubles visuels ;
- un rapport médical du 12 septembre 2001 constatant en particulier des céphalées.

Le dossier n°7_____ comprend notamment les documents suivants :

- la déclaration de sinistre du 8 février 2005 en lien avec un accident de la veille. Le recourant était arrêté aux feux et un véhicule l'avait percuté par l'arrière ;
- un rapport radiologique du 11 février 2005 relatif à l'examen de la colonne cervico-dorso-lombaire et du thorax effectué le 7 février 2005, lequel n'avait pas mis en évidence de lésion traumatique. Était relevée une uncarthrose débutante C4-C5 et C5-C6 ;
- une note téléphonique de l'intimée du 18 février 2005, indiquant que le recourant signalait un « coup de lapin » et que sa tête tournait sans cesse. Il aurait déjà eu le même problème trois ans auparavant ;
- un rapport de police du canton de Vaud du 25 février 2005, écrivant qu'en dépit d'un freinage d'urgence, Monsieur S_____ perdit la maîtrise de son véhicule et heurta l'arrière de l'automobile du recourant qui fut à son tour projetée contre le véhicule de Madame T_____. Le recourant a déclaré qu'il souffrait de vertiges et de douleurs à la nuque, tandis que M. S_____ a ajouté qu'il roulait à 50 km/h ;
- le rapport médical du 24 mars 2005 relatif à l'examen du 7 février 2005. Le recourant avait indiqué qu'il y avait eu un choc de la tête à l'appui-tête, la ceinture de sécurité était attachée, l'Airbag ne s'était pas déclenché. Il n'avait pas eu de perte de connaissance ni de trou de mémoire. Il avait eu immédiatement des douleurs à la nuque. Il n'avait ni céphalées, ni vertiges, ni nausées ou vomissements. Il ne souffrait pas de douleurs (tête, nuque, dos, psychisme) nécessitant un traitement avant l'accident. L'examen clinique témoignait de douleurs de la colonne cervicale. L'examen neurologique était normal, le recourant n'avait pas de paresthésies. Les radiographies de la colonne cervicale étaient sans particularité. Le diagnostic posé était une contracture cervicale. Le traitement consistait en la prise de Dafalgan et d'AINS ;
- le rapport médical du 1^{er} juillet 2005 relatif à une IRM de l'épaule gauche réalisée le 30 juin 2005, laquelle démontrait une rupture partielle ou couverte du tendon du sus-épineux au niveau de son tiers distal mais sans rétraction tendineuse ainsi qu'une tuméfaction et un aspect irrégulier des surfaces articulaires acromio-claviculaires traduisant un status post-traumatique puis une encoche corticale au niveau de la tête humérale dans sa partie postérieure ;
- un rapport médical du 16 août 2005 annonçant une rechute et constatant en particulier des vertiges orthostatiques et des douleurs à l'épaule gauche. Le recourant ne présentait pas d'incapacité de travail ;
- un courrier de l'intimée du 27 septembre 2005 informant le recourant que selon l'appréciation du médecin conseil, il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 7 février 2005 et les lésions de l'épaule gauche

annoncées, si bien que l'intimée ne pouvait pas allouer des prestations d'assurance ;

- un rapport d'entretien du 11 octobre 2005 dans les bureaux de l'entreprise U_____, ancien employeur, entre le gestionnaire des salaires, le recourant et un collaborateur de l'intimée. Le recourant a déclaré qu'ayant subi de nombreux coups de lapin, il souffrait de vertiges depuis de nombreuses années, qui ne l'empêchaient pas de travailler. Ils intervenaient durant deux secondes lorsqu'il se levait. Il ne suivait aucun traitement pour ses troubles. Entre le 7 février et le 8 juin 2005, la seule douleur persistante était celle qui irradiait son membre supérieur gauche, qui commençait à la base de la nuque et descendait jusqu'à l'épaule gauche. La partie droite de sa nuque était guérie, il persistait des douleurs sur la partie gauche ;
- un rapport médical du 23 janvier 2006 relatif au dossier radiologique du recourant. La pathologie essentielle de l'épaule gauche paraissait être l'arthrose acromio-claviculaire s'accompagnant vraisemblablement d'une petite poussée inflammatoire. L'anomalie de signal de la partie distale du tendon du muscle sus-épineux posait le diagnostic différentiel d'une tendinopathie, qui était vraisemblablement en rapport avec l'arthrose acromio-claviculaire dans le cadre d'un conflit mécanique. Il ne semblait pas y avoir de déchirure complète. Un bon signe indirect était la parfaite intégrité du muscle ;
- le rapport du 26 janvier 2006 du médecin conseil, aux termes duquel aucune lésion de type traumatique n'avait été identifiée sur les divers examens pratiqués. Dans ces conditions, le rapport de causalité entre l'accident et les douleurs cervicales pouvait être admis pendant six mois au maximum, soit jusqu'au début août 2005. En ce qui concernait l'épaule gauche, dans la mesure où elle avait été blessée lors de l'accident, ce qui ne ressortait pas d'une manière claire et certaine du dossier, la situation était identique. Ainsi, en l'absence de lésion traumatique tant au niveau de la colonne cervicale que de l'épaule gauche, aucune rechute ultérieure à la période indiquée ne pourrait être acceptée ;
- un courrier de l'intimée du 6 février 2006 informant le recourant que l'appréciation du 27 septembre 2005 avait été annulée et qu'elle cesserait le paiement des soins médicaux au 7 août 2005, conformément à l'avis de son médecin conseil.

Le dossier n°8_____ comprend notamment les documents suivants :

- le rapport du 24 août 2007 de la Dre J_____. Dans l'anamnèse, elle a rappelé que le recourant, depuis 1981, avait subi une quinzaine d'accidents de voiture avec coup de lapin et parfois impact crânien. Alors qu'il se trouvait à l'arrêt, une voiture l'avait percuté à l'arrière à une vitesse de 80 km/h. Il avait immédiatement éprouvé des vertiges et des céphalées, lesquelles avaient persisté jusqu'à ce jour. Les vertiges étaient survenus dans les suites de

l'accident de voiture de 1985. Il s'agissait d'une sensation vertigineuse intense lors des rotations de la tête ou lors de la flexion-extension. Le 2 août 2007, en Espagne, il avait été victime d'un accident de la circulation, entraînant le dernier coup de lapin. L'examen neurologique était dans les normes, hormis la présence de réflexes archaïques (probables contusions frontales) et un syndrome cervical gauche. Il n'y avait pas de signe de compression médullaire ni radiculaire. La marche sur les talons et les pointes était bien effectuée, la funambule sans déséquilibre et la démarche normale ;

- un rapport d'entretien du 12 septembre 2007 entre le recourant et un collaborateur de l'intimée, étant précisé qu'à cette époque, le recourant collaborait au sein de V_____ SA. Celui-là a décrit les circonstances de l'accident : il était sur l'autoroute et rentrait en Suisse. Il se faisait dépasser à plusieurs reprises par un véhicule. Le recourant roulait à 120 km/h, il a percuté ce dernier avant de continuer sa route sur l'autre voie (sic.). Il avait toujours une perte de vision et des vertiges ;
- un rapport médical du 18 septembre 2007 relatif à un examen CT cervical du 21 août 2007. L'examen n'avait pas mis en évidence de signe en faveur d'une fracture, à l'exception d'une discopathie étagée avec de très minimes saillies ostéodiscales postérieures de C2 à C6 avec une uncarthrose au niveau C4-C5 et C5-C6 avec rétrécissement des canaux de conjugaison non significatif à prédominance C5-C6. Aucune compression radiculaire n'avait été observée ;
- un rapport médical du 9 décembre 2007 dans lequel les diagnostics suivants ont été posés : un status post-multiples traumatismes cervicaux et crâniens et un syndrome post-commotionnel avec troubles neuropsychologiques persistants (troubles visuels, de la concentration, de la mémoire, vertiges) ;
- un rapport neuro-ophtalmologique du 7 juillet 2008. Le recourant avait déclaré une impression de vision floue, fluctuante dans la journée, de loin et de près, présente depuis quelques années, des brûlures oculaires associées à une impression de sécheresse. Le recourant était connu pour un status post multiples accidents de voiture, environ quinze depuis 1981, avec coups du lapin et multiples impacts crâniens. Il était suivi pour des céphalées mixtes présentes depuis l'accident de 1981. L'examen effectué mettait en évidence une presbytie débutante non corrigée, associée à une blépharite et une sécheresse oculaire importante bilatérale. Ces deux éléments pouvaient expliquer la vision floue intermittente. À cela s'ajoutait un syndrome oculo-cérébelleux pouvant également expliquer les difficultés visuelles lors des mouvements. Une IRM cérébrale était prochainement prévue, ce qui pourrait permettre de mettre en évidence une lésion cérébelleuse à l'origine du syndrome oculo-cérébelleux.

Le dossier n°9_____ comprend notamment les documents suivants :

- la déclaration de sinistre du 5 avril 2011 relatif à un accident dont avait été victime le recourant, employé à cette époque au sein de W_____ SA, le 21 mars 2011. Sur la route, une voiture lui « était rentré dedans par l'arrière » et sa tête avait heuré le pare-brise ;
- le rapport du 7 avril 2011 du Dr H_____ relatif au scanner cérébral effectué le même jour (voir chiffre 7 du présent arrêt);
- un rapport médical du 15 avril 2011. Le recourant avait décrit que, depuis son accident, il présentait une aggravation nette des symptômes neurologiques ; et
- le rapport du Dr D_____ du 21 avril 2011 (voir chiffre 7 du présent arrêt).

Cela étant, sur le plan formel, l'intimée a souligné qu'elle avait adressé au recourant, par courrier du 8 février 2016, le dossier ayant trait à la procédure d'opposition, de sorte que ce dernier avait pu se déterminer en toute connaissance de cause. S'agissant des pièces faisant référence à des cas antérieurs d'accident, absentes du dossier, on ne saurait reprocher à l'intimée d'avoir statué, alors que lesdites pièces n'avaient pas été transmises au recourant, dans la mesure où, eu égard au principe de la bonne foi en procédure, celui-ci n'avait pas formulé de grief d'ordre formel à l'appui de son opposition du 16 février 2016. De toute manière, même si son droit d'être entendu avait été violé, le principe d'économie de procédure justifiait de réparer ce vice en statuant sur le fond, le pouvoir d'examen de la chambre de céans étant identique à celui de l'autorité intimée.

Sur le fond, l'intimée a soutenu que les troubles allégués (maux de tête, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausée, fatigue) n'étaient pas la conséquence naturelle de l'un des accidents de type « coup de lapin » subis par le recourant. Il ressortait des divers rapports médicaux que lesdits troubles ne reposaient sur aucun déficit fonctionnel organique. Les accidents dont il avait été victime n'avaient engendré aucune séquelle physique persistante, ni de troubles somatiques significatifs persistants au-delà du 31 janvier 2016. Les autres atteintes accidentelles avaient consisté en de simples contusions, n'ayant donné lieu à aucun traitement significatif ou incapacité de travail prolongée. Les médecins avaient qualifié les lésions à la colonne cervicale de dégénératives. Cela étant, même la causalité adéquate n'était pas réalisée. Aucun des accidents de type « coup de lapin » n'avait revêtu un caractère impressionnant ou n'était survenu dans des circonstances dramatiques. Aucune erreur ou difficulté n'était venue interférer dans le traitement médical apporté au recourant, au demeurant ni pénible ni anormalement long. Selon l'avis unanime des médecins, les troubles neuropsychologiques, de l'équilibre et les céphalées ne pouvaient être rapportés au degré de la vraisemblance prépondérante aux traumatismes subis. Aussi ne pouvait-on pas admettre la gravité des lésions, ni l'intensité des douleurs ou l'importance de l'incapacité de travail. De plus, une instruction quant à une éventuelle affection d'ordre psychologique n'était pas indispensable. En cas de traumatismes de type

« coup de lapin », il convenait de renoncer, pour l'examen des critères objectifs, à distinguer les éléments psychiques des éléments physiques. Or, les accidents dont avait été victime le recourant n'avaient pas entraîné d'incapacités de travail ou de traitements significatifs, de sorte que, même en présence d'une éventuelle affection psychique, la gravité des lésions, l'intensité des douleurs et l'importance de l'incapacité de travail faisaient défaut.

30. Dans sa réplique du 12 septembre 2016, le recourant a intégralement persisté dans ses conclusions. Il a répété que l'intimée avait violé son droit d'être entendu. Il avait été victime d'accidents entre 2011 et 2014, mais le dossier produit n'en faisait pas état. Il était surprenant que l'intimée détruisît le dossier relatif à l'accident de 1985, ayant occasionné de graves séquelles, alors qu'elle avait conservé les dossiers concernant les accidents des années nonante.

Cela étant, le recourant a produit le rapport neurologique des HUG du 10 août 2016, aux termes duquel il présentait de plaintes multiples avec notamment des céphalées, une sensation vertigineuse et des troubles du sommeil, avec une fatigabilité et des troubles cognitifs touchant la mémoire de travail. Ces symptômes se rencontraient dans le syndrome post traumatisme crânio-cérébral. Il semblerait qu'il existait un effet cumulatif avec une aggravation au fil du temps avec la multiplication des traumatismes. Du point de vue cognitif, l'assuré avait bénéficié de plusieurs bilans neuropsychologiques ayant mis en évidence des troubles exécutifs, mnésiques et attentionnels fluctuants dans le temps en fonction des examens. L'examen neurocomportemental effectué le même jour montrait une atteinte de la mémoire de travail et contrastait avec les résultats des bilans neuropsychologiques antérieurs. Ce bilan de dépistage avait utilisé des tests moins sensibles que ceux réalisés dans le cadre d'un bilan neuropsychologique. L'IRM cérébrale du 11 novembre 2014 faisait état de l'absence d'anomalie sustentorielle pouvant expliquer les troubles mnésiques et mettait en évidence une séquelle millimétrique sur le cortex cérébelleux droit. À l'examen clinique, il existait des fluctuations lors de l'examen des épreuves cérébelleuses et de l'équilibre parfaitement réalisées lors des manœuvres de distraction. L'ensemble du tableau semblait compatible avec un syndrome post traumatisme crânio-cérébral associé à des fluctuations de l'examen neurologique, pouvant suggérer une participation fonctionnelle. Sur le plan thérapeutique, il était important que le patient puisse poursuivre une physiothérapie pour les troubles de l'équilibre et de la marche, de s'assurer de l'absence de surconsommation d'antalgiques et pour les plaintes mnésiques, d'assurer un suivi régulier chez la psychologue.

Sur la base dudit rapport, le recourant a soutenu que ses troubles découlaient d'un syndrome post-traumatisme crânio-cérébral. Ses symptômes (céphalées, sensation vertigineuse, troubles du sommeil avec fatigabilité, troubles cognitifs touchant la mémoire de travail) se manifestaient dans les cas d'un tel syndrome. Les médecins avaient retenu « un effet cumulatif avec aggravation au fil du temps avec la multiplication des traumatisme » et constaté la gravité des troubles

neuropsychologiques. Les examens médicaux avaient permis d'exclure que ses troubles résultaient d'une maladie. Il subissait encore les séquelles des divers accidents (troubles cognitifs, vertiges, céphalées, troubles du sommeil, engourdissement des membres supérieurs avec des paresthésies). En outre, en application de la jurisprudence relative aux accidents de type « coup de lapin », les critères étaient également réunis. Il avait été victime de deux graves accidents de la circulation. En 1985, il avait été percuté par l'arrière à 80 km/h, et propulsé contre la voiture qui était devant lui. Il avait frappé la tête contre le pare-brise, le toit de sa voiture avait « sauté » et la ceinture de sécurité avait été arrachée. En 2011, il avait également été percuté à 120 km/h sur l'autoroute. Il devait encore suivre des traitements médicaux. En raison des vertiges, des céphalées continues, des problèmes de vue et des paresthésies aux membres, il chutait régulièrement. L'accident d'octobre 2014 avait provoqué une détérioration de son état de santé, de sorte que son incapacité de travail totale persistait.

31. Dans sa duplique du 4 octobre 2016, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Les médecins n'avaient pas rapporté les troubles du recourant à un substrat organique objectif. Le rapport neurologique des HUG du 10 août 2016 excluait toute anomalie sustentoriale pouvant expliquer les troubles mnésiques, à l'instar des Drs N_____ et P_____. La séquelle millimétrique relevée au niveau du cortex ne constituait pas la conséquence d'un traumatisme. Les atteintes dont souffrait le recourant préexistaient à l'annonce de son accident. Faute de pouvoir attribuer les troubles du recourant à une atteinte objectivable, l'intimée a estimé qu'elle était en droit de supprimer les prestations d'assurance avec effet *ex nunc et pro futuro*, procédant à l'analyse correcte de la situation, ce d'autant que le lien de causalité adéquate devait être nié. Les accidents subis ne pouvaient être qualifiés de graves. La description du sinistre de 1985 semblait se référer à un accident antérieur, survenu en 1981, dont elle n'avait jamais reçu l'annonce. Quoiqu'il en soit, au vu de la jurisprudence, la percussio par une voiture arrivant de l'arrière à 80 km/h correspondait à un accident de gravité moyenne. Pour le surplus, l'intimée a réitéré sa position en lien avec les critères applicables en cas d'accidents de type « coup de lapin ».
32. Dans ses observations du 25 octobre 2016, le recourant a allégué, se référant au rapport du Dr O_____ du 17 décembre 2015, que la séquelle au niveau du cortex pouvait être d'origine traumatique. Il a rappelé que, selon le rapport des HUG du 10 août 2016, ses troubles découlaient d'un syndrome post-traumatisme crânio-cérébral. Il appartenait à l'intimée de démontrer que les troubles dont elle avait admis le lien de causalité avec les accidents jusqu'au 31 janvier 2016 ne l'étaient plus au-delà de cette date. Les éléments du dossier mettaient en exergue qu'il subissait encore les séquelles des divers accidents subis, seul le Dr N_____, médecin conseil, niait la causalité. Outre cela, il était choquant que l'intimée tentait de profiter de la destruction des dossiers du recourant pour écarter le caractère impressionnant des accidents. De même, au vu de ses troubles de mémoire,

l'intimée ne saurait refuser la prise en charge en invoquant des erreurs de dates commises par le recourant.

33. Copie de cette écriture a été communiquée à l'intimée, et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. a. 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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAA.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Déposé le 19 mai 2016 contre la décision litigieuse du 20 avril 2016, reçue par le recourant le lendemain, le recours a été interjeté en temps utile, étant par ailleurs relevé que le délai de recours, expirant en l'occurrence le samedi 21 mai 2016, était reporté au lundi 23 mai 2016 (art. 38 al. 3 LPGA et 17 al 3 LPA).

Le recours satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

Enfin, touché par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Le recours sera donc déclaré recevable.

2. À 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le litige porte sur le maintien éventuel du droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents. Il s'agit singulièrement de déterminer s'il subsiste un rapport de causalité entre les troubles dont il se plaint encore et l'accident du 9 octobre

2014, voire ceux subis antérieurement, au-delà du 31 janvier 2016, date à laquelle l'intimée a mis un terme au versement des prestations d'assurance.

4. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY/ Bettina KAHIL-WOLFF/ Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation 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; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 117 V 261 consid. 3b et les références).

c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78).

d. Quant au degré de preuve requis, 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 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

e. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (arrêts du Tribunal fédéral U.87/04 du 31 mars 2005 consid. 3 ; U.355/98 du 9 septembre 1999 consid. 2 in RAMA 2000 n. U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible d'établir, dans le cadre de la maxime inquisitoire et sur la base d'une appréciation des preuves, un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261

consid. 3b et les références citées). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être rapportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est désormais en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral U.172/06 du 10 mai 2007 consid. 6 et les références citées).

5. Avant de traiter le fond du litige, il convient d'examiner, au préalable, le grief formel de la violation du droit d'être entendu invoqué par le recourant, qui reproche à l'intimée de ne pas lui avoir communiqué des documents médicaux afin qu'il puisse se déterminer à leur endroit, avant que la décision querellée ait été rendue.
6. a. La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse, du 18 avril 1999 (Cst. – RS 101) (ATF 129 II 504 consid. 2.2), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa; 124 V 181 consid. 1a; 124 V 375 consid. 3b et les références).
- b. Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa ; 126 V 132 consid. 2b et les références).
7. a. En l'espèce, il est vrai que la décision du 19 janvier 2016, confirmée sur opposition le 20 avril 2016, se fonde sur le rapport du Dr N_____ du 17 décembre 2015, lequel avait résumé divers rapports médicaux antérieurs à l'accident du 9 octobre 2014, absents du dossier, avant de nier tout lien de causalité entre les troubles du recourant et les différents accidents subis. Ainsi, en procédure administrative, l'intimée n'avait pas transmis lesdits rapports au recourant avant de rendre ses décisions.
- b. Toutefois, l'intimée a indiqué qu'elle avait adressé au recourant par pli du 8 février 2016 (non produit) le dossier relatif à la procédure d'opposition, ce par quoi il faut entendre le rapport du Dr N_____. Or, dans son opposition du 16 février 2016, le recourant n'a pas invoqué une violation de son droit d'être entendu.

Il ne saurait par conséquent, sans heurter le principe de la bonne foi en procédure (ATF 119 II 386 consid. 1a; 119 Ia 221 consid. 5a), être admis à faire valoir, dans la procédure ultérieure de recours, un éventuel vice qui aurait pu être réparé devant l'autorité intimée déjà (avant le prononcé de la décision sur opposition).

c. Quoi qu'il en soit, parallèlement à sa réponse, l'intimée a produit l'ensemble du dossier concernant le recourant, de sorte que celui-ci a eu la possibilité de s'exprimer sur les pièces ayant trait aux sinistres d'antan dans le cadre du présent recours devant la chambre de céans, autorité judiciaire ayant plein pouvoir de cognition (cf. ATAS/147/2016 du 22 février 2016 consid. 6c). S'agissant du dossier relatif à l'accident de 1981, détruit par l'intimée après l'avoir archivé pendant une décennie, ainsi qu'il sera exposé ci-après, même en se basant sur les allégations du recourant quant aux circonstances dudit événement, cela n'a pas d'incidence sur l'issue du litige.

On peut dès lors considérer que la violation du droit d'être entendu a pu être réparée, sans préjudice pour le recourant.

En conséquence, ce grief n'est pas fondé.

8. Reste à déterminer si les troubles présentés sont en lien de causalité avec les accidents.
9. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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 LPGGA).

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; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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. 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; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul 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. 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 (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b).

c. En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109; 117 V 359).

Ainsi, dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes – qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » – apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; arrêt du Tribunal fédéral U.580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

10. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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 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; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3).

b. 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).

b/aa. 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. Étant 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).

b/bb. 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).

b/cc. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

11. a. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant a été victime d'une chute dans les escaliers sur son lieu de travail le 9 octobre 2014, sans perte de connaissance, accident ayant causé des contusions simples, soit précisément une rougeur dans le cuir chevelu au niveau pariétal droit, une douleur et une contusion du genou gauche, une rougeur de la jambe droite ainsi qu'une contusion de la base du cinquième métatarsien. Ce traumatisme a été à l'origine d'une incapacité de travail totale du 9 au 13 octobre 2014 et a nécessité un traitement médical avec prescription d'antalgiques (cf. rapport de la Dre C_____ du 30 octobre 2014).

b. À la suite de la chute du 9 octobre 2014, la Dre C_____ n'a pas posé le diagnostic de « coup du lapin », ce qui ne paraît pas contestable, dans la mesure où cette praticienne n'a ni constaté le jour de l'accident une lésion du rachis cervical (quand bien même le recourant avait eu un impact sur la tête, une rougeur était apparue dans le cuir chevelu au niveau pariétal droit), ni des douleurs dans la nuque. Cinq jours après l'accident, soit plus de septante-deux heures après, la Dre E_____ n'a pas non plus observé de douleurs dans la nuque et les épaules (cf. son rapport du 9 novembre 2014), ce qui permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » au vu de la jurisprudence précitée.

c. Cela étant, le recourant s'est plaint de multiples troubles, tels que sensation vertigineuse, difficultés de concentration et de mémoire, paresthésies des membres supérieurs, troubles de l'équilibre et céphalées dès le 14 octobre 2014, et a expliqué à ses médecins traitants que lesdits troubles s'aggravaient après chaque accident de la circulation subit depuis 1981 ou lors des chutes à répétition (cf. notamment rapports du Dr D_____ du 21 octobre 2014 et de la Dre E_____ du 9 novembre 2014).

d. À cet égard, il ressort du dossier que les investigations médicales entreprises n'ont pas mis en évidence de déficit organique objectivable en relation avec l'accident du 9 octobre 2014 ou les accidents antérieurs.

d/aa. En effet, l'IRM cérébrale du 11 novembre 2014 conclut à l'absence d'anomalie sustentorielle. Aucune explication ne pouvait être donnée aux troubles mnésiques. En infratentorial, ont été observées des irrégularités intraluminales du sinus transverse droit avec en regard une lésion séquellaire millimétrique sur le cortex cérébelleux droit, pouvant être compatible avec des petites séquelles de thrombophlébite. L'IRM de la colonne cervicale du 8 décembre 2014 constate quant à elle une spondylo-uncarthrose étagée entre C3 et C6, pincée entre C4 et C6 avec anomalie de signal Modic 2 et bombardement discal circonférentiel à ces trois niveaux, à l'origine d'un léger rétrécissement antéropostérieur du canal médullaire, sans perte du plan de clivage de LCR en périphérie du cordon médullaire ni anomalie de signal de ce dernier, ainsi que d'une sténose neuroforaminale bilatérale étagée relativement symétrique entre C3 et C6.

d/bb. À ce propos, le Dr O_____ explique, dans son rapport du 8 octobre 2015, que l'IRM de novembre 2014 n'avait pas mis en évidence, à l'étage supratentorial,

de signe d'altérations post-traumatiques, en particulier de contusion du parenchyme, d'hémorragie ou de lésions axonales diffuses hémorragiques ou non hémorragiques. Il y avait un signe de discrète altération du signal dans le sinus transverse à droite. Une altération de signal similaire était également notée dans le sinus transverse gauche, de manière moins marquée. Dans l'ensemble, il pourrait s'agir d'un status après ancienne thrombose veineuse sinusale recanalisée dans le sinus transverse droit. Il pouvait toutefois également s'agir d'une variante de la norme avec multiples granulations de Pacchioni et hypolasticité du sinus transverse sigmoïde, en particulier, au vu des altérations, en principe, similaires, mais nettement moins marquées dans le sinus transverse du côté gauche. Le médecin a toutefois souligné qu'une thrombose veineuse sinusale pouvait potentiellement être d'origine traumatique. À la question de savoir si des séquelles post-traumatiques existaient, le médecin a répondu que, dans la région cérébrale supratentorielle, aucun signe d'altérations post-traumatiques n'était observé. Il y avait éventuellement un status après thrombose veineuse sinusale recanalisée dans le sinus transverse droit. L'hypothèse d'une ancienne thrombose veineuse sinusale recanalisée à droite, avec une lésion cérébelleuse de taille millimétrique à droite, n'était pas de nature à expliquer une atteinte cognitive cérébrale. De même, dans la seconde IRM, globalement, aucune altération post-traumatique n'était observée.

Il s'ensuit que le médecin a nié un rapport de causalité entre les troubles allégués et un accident. Même si le praticien a noté qu'une thrombose veineuse sinusale pouvait potentiellement être d'origine traumatique, cela ne suffit pas à admettre un lien de causalité, puisque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage doit être qualifiée de probable, au moins, et non possible dans le cas particulier, afin que le droit à des prestations soit fondé (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références).

De la même manière, le rapport des HUG du 10 août 2016 produit par le recourant, aux termes duquel l'ensemble du tableau « semblait » compatible avec un syndrome post traumatisme crânio-cérébral, ne suffit pas pour admettre le lien de causalité.

d/cc. Dans son rapport du 17 décembre 2015, le Dr N_____, médecin conseil, a constaté que les bilans neurologiques réalisés étaient dans l'ensemble dans la norme. Seule une très légère instabilité était décelée lors des tests d'équilibre. Aucun corrélat clinique aux vertiges et aux paresthésies des membres n'avait été trouvé. Le Dr N_____ a conclu que, pendant toutes ces années, le bilan neurologique était resté normal dans l'ensemble (les examens pratiqués entre 1991 et 2011 étaient sans anomalie [cf. rapport médicaux des 24 mars 2005, 26 janvier 2006, 24 août 2007, 7 avril 2011]). La très légère incertitude lors de la marche en aveugle n'expliquait pas la tendance aux chutes de l'assuré. La lésion décrite dans l'hémisphère cérébelleux droit ne pouvait pas entraîner un trouble pertinent de la démarche. L'attention était une fonction de réseau de l'ensemble du cerveau, si bien qu'elle était généralement toujours atteinte sur le plan clinique en cas de lésion, ce

qui n'était pas le cas en l'espèce (cf. rapport de la psychologue, Mme I_____ du 5 décembre 2014). L'IRM n'avait mis en évidence aucune lésion post-traumatique. Les troubles annoncés et les résultats neuropsychologiques n'avaient ainsi pas de fondement organique objectivable d'ordre structurel. Aussi le médecin a-t-il nié tout lien de causalité entre les troubles et les accidents.

d/dd. Cette appréciation ne diverge en réalité pas de celle du médecin traitant, la Dre E_____, qui a également mentionné, dans son rapport du 15 février 2016, qu'il était impossible, au moyen d'examen complémentaires, de prouver la causalité avec les accidents, avant d'admettre néanmoins le lien de causalité sur la base de la confiance en fonction des symptômes décrits par le recourant. Elle a ainsi tenu un raisonnement fondé sur le principe « *post hoc, ergo propter hoc* », lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident et une atteinte à la santé (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b).

e. Au vu des développements qui précèdent, la responsabilité de l'intimée n'est pas engagée au-delà du 31 janvier 2016, faute d'un rapport de causalité, à tout le moins, probable avec ses accidents.

f. Cela étant, quand bien même le recourant souffre de troubles (céphalées, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire), non objectivables, qui, au vu de la jurisprudence, doivent être considérés comme appartenant au tableau clinique d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, la question de savoir si le lien de causalité naturelle est rempli peut rester ouverte, dans la mesure où, par surabondance de moyens, la causalité adéquate fait défaut, comme il sera démontré ci-après.

12. a. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le rapport de causalité adéquate relève du droit. Il appartient donc à l'administration – en cas de recours, au juge – de trancher. Parce que la question de la causalité adéquate relève du droit et non des faits, elle ne saurait être examinée à l'aune de la règle du degré de vraisemblance prépondérante applicable à l'établissement des faits en matière d'assurances sociales (cf. ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références).

b. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de

l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; 115 V 133 consid. 6). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n. 8 consid. 2 ss ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_339/2007 du 6 mai 2008 consid. 2.1).

c. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1; 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher 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 (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

c/aa. Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être niée d'emblée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1; 117 V 359 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral U.428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2). 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. 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; U.369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).

c/bb. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b).

c/cc. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour admettre le

caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2): les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions; l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible; l'intensité des douleurs; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

d. L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques: ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; 117 V 369 consid. 4b).

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1; 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références). En particulier, en cas d'accident de gravité moyenne, trois critères au moins parmi les sept consacrés dans l'ATF 134 V 109 doivent être réunis pour qu'on puisse admettre un lien de causalité adéquate entre des plaintes et un traumatisme cervical ou crânio-cérébral lorsque par ailleurs aucun des critères admis ne revêt en soi une intensité particulière (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5). Dans les accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, quatre critères doivent être donnés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5).

13. Selon la jurisprudence, lorsqu'à la suite de deux ou plusieurs accidents apparaissent des troubles psychiques, l'existence d'un lien de causalité adéquate doit, en principe, être examinée en regard de chaque accident considéré séparément. Cette règle s'applique en particulier dans les cas où les accidents ont porté sur différentes parties du corps et occasionné des atteintes diverses (ATF 115 V 138 ss consid. 6, 407 ss consid. 5; RAMA 1996 n. U 248 p. 177 consid. 4b). Le Tribunal fédéral a jugé que le principe d'un examen séparé de la causalité adéquate vaut également dans les cas où la personne assurée a subi plus d'un accident ayant entraîné un traumatisme du type « coup du lapin » ou un traumatisme analogue. Il n'a cependant pas écarté qu'il soit tenu compte de la survenance d'atteintes successives à une même partie du corps dans l'examen des critères jurisprudentiels lorsque les

conséquences des différents événements ne peuvent pas être distinguées les unes des autres sur le plan des symptômes douloureux et/ ou de l'incapacité de travail. Cette circonstance est à considérer dans le cadre de l'appréciation des critères de la gravité et la nature des lésions, du degré et de la durée de l'incapacité de travail, respectivement du traitement médical (arrêt 8C_477/ 2008 du 19 décembre 2008 consid. 6.1 et les références citées).

14. a. En l'espèce, même si l'on effectue un examen d'ensemble du caractère adéquat du lien de causalité entre les accidents successifs subis et les troubles présentés, contrairement à ce que prétend le recourant, on aboutit à l'absence d'un rapport de causalité adéquat.

b. Les accidents de la circulation subis doivent être qualifiés de gravité moyenne. Lors du premier accident de type « coup de lapin » en 1981 ou en 1985, le recourant avait été percuté par l'arrière à 80 km/h (sa tête avait frappé contre le pare-brise, le toit de la voiture avait « sauté » et la ceinture de sécurité été arrachée). Dans l'accident de voiture du 17 août 2001, il avait été percuté par l'arrière alors qu'il était à l'arrêt. L'accident de voiture du 7 février 2005 avait eu lieu dans des circonstances comparables (percussion par l'arrière à 50km/h alors que le recourant était à l'arrêt aux feux). Lors de l'accident du 2 août 2007 sur l'autoroute en Espagne, il roulait à 120 km/h, il avait percuté une voiture, mais avait pu continuer sa route sur l'autre voie selon ses dires et dans l'accident du 21 mars 2011, il avait été embouti par l'arrière et sa tête avait heurté le pare-brise.

b/aa. Quoi qu'en dise le recourant, ces accidents ne sauraient être rangés dans la catégorie des accidents graves. Lorsque l'effet des forces en présence n'est pas dérisoire, l'accident est qualifié de gravité moyenne et non de moyen à la limite des cas graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_316/2008 du 29 décembre 2008 et les références). Ont même été considérés comme des accidents moyens, à la limite des accidents graves, une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture ; une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule ; ou une collision frontale violente, suite à laquelle les passagers des deux véhicules ont subi des blessures de gravité diverses, l'assuré ayant été victime de plusieurs lésions traumatiques (fractures) ayant nécessité une hospitalisation (cf. ATAS/1377/2009 du 10 novembre 2009 consid. 14a et les références citées). À l'évidence, la description des accidents subis par le recourant n'entrent pas dans ces cas de figure. Ont été considérés comme un accident de gravité moyenne, le cas d'un véhicule à l'arrêt sur la chaussée, percuté à l'arrière par une automobile, avant de percuter à son tour la voiture le précédant (arrêt du Tribunal fédéral U.106/03 du 25 janvier 2005 consid. 6.2) ; un accident impliquant une voiture roulant à moins de 50km/h en l'absence de circonstances particulières (arrêt du Tribunal fédéral 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3) ; un accident impliquant une collision par l'arrière du véhicule de l'assuré qui a été projeté sur

une distance de 15m (arrêt du Tribunal fédéral U.142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2).

b/bb. Quant à la chute dans les escaliers le 9 octobre 2014, cet accident doit être qualifié à la limite inférieure des accidents de gravité moyenne. En effet, au regard de la casuistique relative à des chutes d'une certaine hauteur, ont été considérés comme des accidents de gravité moyenne les événements suivants : la chute d'un échafaudage (d'une hauteur de 3 à 3,5m) dont la planche a cédé, entraînant une contusion de la tête sans perte de connaissance et sans amnésie, une plaie de 3x3 cm à l'arrière du crâne (nécessitant des points de suture), une contusion de l'épaule droite, une fracture de la phalange distale du troisième doigt de la main droite ainsi qu'une contusion thoracique latérale au niveau des côtes 5/6 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_420/2013 du 30 mai 2014 consid. 7.1), une chute de 2,8m sur le sol en béton. L'assuré avait été intubé sur place et les médecins avaient posé le diagnostic de syncope d'étiologie inconnue suivie d'une chute ayant entraîné une commotion cérébrale (arrêt du Tribunal fédéral 8C_826/2011 du 17 décembre 2012 consid. 4) ; la chute d'une hauteur de 3m environ, alors que l'assuré travaillait sur une échelle et avait été déséquilibré par un câble (arrêt du Tribunal fédéral 8C_305/2011 du 6 mars 2012 consid. 3.4). Ont par contre été considérées comme faisant partie de la limite supérieure de cette catégorie, les chutes qui se sont produites d'une hauteur sensiblement plus élevée que 3,5m (soit entre 5 et 8m) et qui ont entraîné des lésions osseuses relativement sévères (voir les arrêts publiés à la RAMA 1999 n. U 330 p. 122 consid. 4b/bb et RAMA 1998 n. U 307 p. 448 consid. 3a).

c. Ainsi, dans le cas d'espèce, au vu de la présence d'un accident de gravité moyenne, au moins, trois critères, voire quatre, doivent être remplis afin que le lien de causalité adéquat soit admis, au vu de la chute, qualifiée d'accident à la limite inférieure de cette catégorie.

L'intimée, contrairement au recourant, a considéré qu'aucun des critères jurisprudentiels n'était en l'occurrence donné. Il convient dès lors d'appliquer au cas particulier les principes développés par la jurisprudence pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » ou analogue, et non celle relative aux troubles psychiques, dans la mesure où, quand bien même la Dre E_____ a évoqué la possibilité d'une composante psychique sous-jacente aux troubles présentés par le recourant, ce dernier a interrompu son suivi auprès du psychiatre, le Dr M_____. Par ailleurs, aucun rapport médical ne relève une pathologie particulière d'ordre psychique. Au demeurant, on ne saurait considérer que les accidents subis par le recourant étaient propres à entraîner des troubles psychiques. Ni le médecin traitant, ni la neuropsychologue, Mme I_____, n'ont constaté que le recourant était affecté par les événements subis ; celui-ci avait une tendance à sourire et à rigoler en racontant les faits (cf. rapport de Mme I_____ du 5 décembre 2014).

15. a. La survenue d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère. En effet, aucune description des accidents

susmentionnés ou les circonstances qui les entourent n'ont objectivement eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. À titre de comparaison, ce critère a été reconnu en présence d'un accident de la circulation dans un tunnel impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_257/2008 du 4 septembre 2008 consid. 3.3.3), d'un carambolage de masse sur l'autoroute (arrêt du Tribunal fédéral 8C_623/2007 du 22 août 2008 consid. 8.1), ou encore dans le cas d'une conductrice dont la voiture s'est encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci, qui occupait le siège passager (arrêt du Tribunal fédéral U.18/07 du 7 février 2008). Il a par ailleurs été nié dans plusieurs cas de chutes à vélo sur la chaussée consécutives à un freinage brusque sans collision avec un autre véhicule (arrêts du Tribunal fédéral 8C_105/2012 du 23 juillet 2012 consid. 5.4 ; U.127/03 du 28 décembre 2004 consid. 4.2.1 et U.282/02 du 10 février 2004 consid. 6.2.4).

b. S'agissant de la gravité et de la nature des lésions, à la suite de ces événements, le recourant allègue avoir gardé des vertiges, une vision trouble, des douleurs à la nuque et à l'épaule, des céphalées, des troubles mnésiques. Il n'a pas eu de perte de connaissance et n'a pas subi d'intervention chirurgicale. Du reste, il n'a jamais été touché sévèrement à un organe. Ainsi, ce critère n'est pas rempli, d'autant plus qu'aucun examen n'a mis en évidence une séquelle organique consécutive audits sinistres.

c. Le traitement médical a consisté, pour l'essentiel, en la prise d'antalgiques. Il n'a pas séjourné dans un centre en vue d'une rééducation. Il avait abandonné, de son propre gré, la physiothérapie vestibulaire, estimant qu'elle était contre-productive. À l'évidence, le critère de l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ne saurait être retenu. D'ailleurs, un traitement médicamenteux consistant en des antalgiques n'a pas le caractère de pénibilité requis par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 8C_55/2013 du 7 janvier 2014 consid. 4.5.4). De plus, en cas d'accident de type « coup de lapin », le traitement médical consistant en la prescription de médicaments antidouleurs et de physiothérapie pendant deux ou trois ans postérieurement à l'accident est normal (arrêt du Tribunal fédéral U.380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4).

d. Le dossier ne fait mention d'aucune erreur médicale.

e. Le recourant allègue des céphalées, des vertiges, des maux de tête, des troubles mnésiques et de la concentration. On ne saurait toutefois déduire de cette énumération que les douleurs subies par l'intéressé revêtent l'intensité exigée par la jurisprudence (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2013 du 7 janvier 2014 consid. 4.5.5 ; U.83/02 du 14 octobre 2002 consid. 4.2.4).

f. De même, ni difficultés ni complications importantes n'ont compromis la guérison. On ne saurait admettre, du seul fait que le recourant continue à souffrir

d'un tableau clinique d'un traumatisme de type « coup de lapin » ou analogue, que ce critère serait rempli.

g. Enfin, en ce qui concerne le critère de l'importance de l'incapacité de travail, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité. L'intensité des efforts exigibles doit être mesurée à la volonté reconnaissable de l'intéressé de faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7).

En l'espèce, postérieurement aux accidents de la circulation subis, le recourant a repris son activité professionnelle (soit immédiatement, soit après un arrêt de travail). Toutefois, après la chute d'octobre 2014, alors même qu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne à la limite inférieure, il a bénéficié initialement d'une incapacité de travail totale de cinq jours (du 9 au 13 octobre 2014), prolongée par son médecin traitant, la Dre E_____, pour une durée indéterminée. Dans son opposition du 16 février 2016, le recourant a expliqué que, depuis deux ans environ, il était licencié après quelques mois pour « incompétence ». Si l'on reconnaissait que le recourant a fourni des efforts pour reprendre une activité, quoi qu'il en soit, ce critère, à lui seul, ne suffit pas à admettre l'existence d'un lien de causalité adéquat, étant rappelé que trois, voire quatre critères devaient être remplis dans le cas particulier.

Il s'ensuit qu'il y a lieu de nier une relation de causalité adéquate entre les troubles persistant au-delà du 31 janvier 2016 et les accidents. À cet égard, la décision de l'intimée de supprimer ses prestations d'assurance à cette date n'est pas critiquable ; l'intimée était en droit de mettre un terme auxdites prestations avec effet *ex nunc et pro futuro*, sans réclamer les prestations versées (cf. ATF 130 V 380 consid. 2.3.1 ; 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1).

16. Sur le vu de ce qui précède, les pièces au dossier se révèlent suffisantes pour statuer sur le présent litige, de sorte que l'administration d'autres preuves et la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, ainsi que le souhaite le recourant, s'avèrent superflues.
17. Mal fondé, le recours sera par conséquent rejeté.
18. La procédure est gratuite, le recourant n'ayant pas agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (art. 61 let. a LPGA).
19. a. Vu l'issue donnée au recours, aucune indemnité de procédure ne sera allouée au recourant (art. 61 let. g LPGA et art. 89H al. 3 a contrario).
b. L'intimée, qui obtient gain de cause, conclut à l'octroi de dépens. Toutefois, étant une organisation chargée de tâches de droit public (ATF 112 V 44 consid. 3), et non représentée par un avocat indépendant, elle n'a pas droit à des dépens.

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le