

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1053/2011

ATAS/1148/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 novembre 2011

3ème Chambre

En la cause

Monsieur B_____, domicilié à Carouge, représenté par
APAS - Assoc. permanence défense des patients et des assurés

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, Lucerne

intimée

Siégeant : Verena PEDRAZZINI RIZZI, Présidente suppléante; Evelyne
BOUCHAARA et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur B_____ (ci-après : l'assuré), né en 1964, a été engagé le 10 septembre 2007 par X_____ SA en tant que responsable commercial du secteur médical et hospitalier. A ce titre, il a été assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).
2. Le 19 septembre 2008 en fin de matinée, l'assuré circulait au volant de la voiture de l'entreprise sur la route de Jussy, à une vitesse de 45km/h à 50km/h, lorsqu'il a percuté par inattention une borne métallique et un candélabre placés sur un îlot au centre de la chaussée. L'airbag s'était déclenché mais il y avait eu impact sur le pare-brise.
3. Pris en charge par une ambulance, l'assuré a été admis au service des urgences des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : les HUG), pour un traumatisme crânien sans perte de connaissance selon la feuille d'entrée. Selon le résumé de séjour du 20 septembre 2008, l'assuré avait pu marcher dans les suites immédiates de l'accident, mais avait ressenti une douleur dorsale et une sensation de lourdeur des membres inférieurs. Il n'avait pas formulé d'autres plaintes. L'examen clinique avait montré que l'état général du patient était conservé et qu'il était orienté dans les trois modes. Il présentait des dermabrasions superficielles sur le front et le nez. Les examens radiologiques avaient mis en évidence une fracture de l'extrémité supérieure du tibia droit/fracture épine tibiale (S82.1). L'assuré a quitté l'hôpital le 20 septembre 2008, un traitement conservateur étant prescrit à la sortie.
4. Le 29 septembre 2008, l'employeur a annoncé l'accident à la SUVA.
5. Le 8 octobre 2008, le Dr L_____, chirurgien orthopédiste, a attesté une incapacité de travail entière depuis le 19 septembre 2008. Une reprise de travail était probable à compter de fin mars 2009.
6. Selon le rapport de police du 16 octobre 2008, l'accident s'était déroulé sur une route plate et sèche ; les témoins entendus avaient observé une voiture qui ne roulait pas vite percuter le candélabre suivant une trajectoire rectiligne.
7. L'assuré a séjourné du 21 octobre au 6 novembre 2008 à l'unité de médecine physique et de réadaptation orthopédique des HUG (ci-après : Beau-Séjour) en vue de sa rééducation à la marche. Selon le rapport établi par Beau-Séjour le 7 novembre 2008, l'assuré avait refusé une intervention chirurgicale lors de son admission aux urgences le jour de l'accident et avait quitté l'hôpital afin d'être soigné à domicile. Les suites s'étant toutefois avérées difficiles, le médecin traitant avait sollicité une hospitalisation. A son arrivée à Beau-Séjour, il s'était plaint de

douleurs invalidantes au genou gauche ; une IRM avait mis en évidence une fracture du plateau tibial externe non déplacée. Suite à la découverte d'une deuxième fracture du côté gauche, le patient avait présenté des crises émotionnelles avec épisode dépressif. Au titre d'antécédents psychiatriques, l'assuré avait déjà présenté des troubles mixtes de la personnalité et un épisode dépressif avec facteur de stress chronique, avant l'accident. Les diagnostics en relation avec l'accident étaient une fracture du plateau tibial à droite et à gauche, une fracture costale C11 à droite et un probable trouble post-traumatique. Du point de vue orthopédique, une décharge était encore nécessaire pendant quatre semaines des deux côtés. Une prise en charge psychiatrique à la clinique romande de réadaptation de la SUVA pour évaluer le traitement était organisée.

8. Admis à la Clinique romande de la SUVA le 6 novembre 2008, l'assuré a présenté immédiatement des manifestations anxieuses, a refusé toute thérapie et signifié vouloir retourner à Beau-Séjour pour la suite de la prise en charge. A sa demande, il a été transféré le lendemain aux HUG.
9. Du 8 novembre au 10 décembre 2008, il a été hospitalisé à Beau-Séjour. Selon le rapport du 18 décembre 2008, la radiographie des deux genoux montrait des fractures en voie de consolidation sans déplacement secondaire. Les membres inférieurs pouvaient être progressivement chargés selon la douleur, le patient se déplaçant sans moyen auxiliaire. L'assuré décrivait une faiblesse et des douleurs occasionnelles de la main droite, mais ne présentait aucune cervicalgie ni douleurs de type neurogène. Il ne se plaignait pas de paresthésies. Sur le plan psychique, le patient présentait une symptomatologie dépressive réactionnelle à son accident et un probable PTSD. Un traitement ambulatoire était prescrit à la sortie.
10. Le 11 mars 2009, l'assuré a exposé à un inspecteur de la SUVA qu'il avait consulté un psychiatre des urgences des HUG en septembre 2007, en relation avec une surcharge de travail, un état de stress chronique et des problèmes de couple. Depuis l'accident, il faisait des cauchemars et éprouvait un sentiment de révolte à l'encontre de son employeur. Il voyait un psychiatre toutes les deux semaines, et il était à 20% de ses capacités psychiques. Il arrivait à marcher mais était fatigué. Il voulait retravailler au plus vite car il était quelqu'un d'actif.
11. Dans un rapport intermédiaire daté du 2 avril 2009, le Dr L_____ a informé la SUVA que la situation était stationnaire ; un état dépressif sévère jouait un rôle dans l'évolution du cas. La capacité de travail était nulle depuis l'accident.
12. Du 9 au 15 avril 2009, l'assuré a séjourné à la Clinique genevoise de Montana, à la demande de la Dresse M_____, psychiatre traitant. Le diagnostic principal posé était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans somatisation. Au titre de comorbidité, le rapport de sortie mentionnait un PTSD, un trouble mixte de la personnalité, un trouble panique avec agoraphobie, une dépendance aux BZD

et une obésité stade 1. Le patient n'avait pas trouvé sa place à la clinique et avait voulu partir après cinq jours.

13. Dans un rapport intermédiaire, du 8 juin 2009, la Dresse M_____ a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique et d'état anxio-dépressif. Certains symptômes subjectifs persistaient et l'évolution était lente mais néanmoins favorable. Une reprise de travail n'était ni prévue ni possible en l'état.
14. Le 23 septembre 2009, l'assuré a été examiné par le Dr N_____, chirurgien, et par le Dr O_____, psychiatre, tous deux médecins d'arrondissement de la SUVA.

Le Dr N_____ a considéré que la situation était stabilisée sur le plan orthopédique. Il n'y avait pas de dommage permanent au niveau des deux genoux. Les radiographies montraient une consolidation de la fracture du massif des épines du côté droit. Du côté gauche, on ne voyait pas de séquelle de fracture. L'espace articulaire était harmonieux des deux cotés. Le massif des épines du côté droit était légèrement effilé. Des médicaments anti-inflammatoires, de la physiothérapie ou des accessoires orthopédiques n'étaient pas nécessaires. L'évolution avait été favorable. Du point de vue orthopédique, le patient pouvait exercer son ancienne profession sans limitation, sous réserve d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Sur le plan psychiatrique, le Dr O_____ a retenu dans son rapport du 30 septembre 2009 un état de stress post-traumatique (F 43.0), un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique (F 33.01) et un trouble mixte de la personnalité (F 60.9). Il s'agissait d'une situation complexe dans laquelle s'entrecroisaient une fragilité personnelle antérieure et l'impact traumatique d'un accident de la circulation grave. Avant l'accident du mois de septembre 2008, l'assuré avait déjà présenté au moins un épisode dépressif pour lequel il avait été suivi pendant deux ans par un psychiatre. Depuis environ six mois, il était suivi par la Dresse M_____ à raison d'une à deux fois par semaine. Cette situation complexe semblait à fort risque d'évolution négative, avec un risque important allant dans le sens d'une chronicisation de la symptomatologie. Pour le Dr O_____, la causalité naturelle ne pouvait être discutée. Le suivi spécialisé devait être poursuivi sur le moyen - long terme. Il préconisait de revoir le patient après trois - quatre mois pour une réévaluation.

15. Le 22 avril 2010, l'assuré a été examiné par le Dr N_____, chirurgien orthopédique et médecin d'arrondissement remplaçant. Dans son évaluation du 23 avril 2010, ce médecin a fait état de plaintes de nature neurologique de la part de l'assuré, soit une sensation de manque d'équilibre, avec sensation de lâchage. Un syndrome vestibulaire était suspecté. Des examens complémentaires étaient nécessaires pour déterminer l'éventuelle relation de causalité entre l'accident et ces troubles. Sur le plan psychiatrique, l'assuré suivait toujours un traitement.

S'agissant de l'atteinte aux deux genoux, la situation était stabilisée. Les séquelles n'atteignaient pas pour l'instant un taux indemnisable selon les barèmes LAA. Elles pouvaient en revanche justifier un suivi médical espacé à long terme, une évolution arthrosique du genou droit ne pouvant pas être exclue.

16. Le 26 novembre 2010, le Dr N_____ a complété sa précédente évaluation. Les investigations d'ordre oto-neurologique et neurologique mises en œuvres avaient révélé une probable sclérose en plaques. Le Dr O_____, médecin-adjoint à la polyclinique de neurologie des HUG, a expliqué, dans un courrier du 9 août 2010, que l'assuré présentait les signes radiologiques, cliniques et biologiques en faveur d'une sclérose en plaques. Dans un rapport à l'assurance-invalidité du 3 septembre 2010, le Dr P_____, neurologue, a fait état « d'une sclérose en plaques survenue au décours de cet accident/ pas provoquée par le trauma ». Après un séjour hospitalier du 19 au 23 octobre 2010, le diagnostic de possible sclérose en plaques a de nouveau été évoqué par les médecins du service de neurologie des HUG, dans un rapport du 8 novembre 2010. Le Dr P_____, neurologue, a fait état d'une possible sclérose en plaques dans son rapport du 1^{er} novembre 2010 à la SUVA. Compte tenu de ces éléments, les troubles de type neurologique étaient étrangers à l'accident. Seule une évolution arthrosique post-fracturaire des genoux pouvait encore concerner l'assureur-accident.
17. Par décision du 13 janvier 2011, la SUVA a mis un terme aux prestations (indemnité journalière et soins médicaux) avec effet au 31 janvier 2011. Il n'y avait pas d'incapacité de travail en relation avec les séquelles des fractures des deux genoux et aucun traitement n'était plus nécessaire, hormis un suivi médical à long terme que la SUVA continuait à prendre en charge. Les autres troubles dont souffrait l'assuré, à l'origine de l'incapacité de travail, n'était pas en relation de causalité avec l'accident du 19 septembre 2008 et n'engageaient pas la responsabilité de l'assureur-accident.
18. L'assuré a formé opposition à cette décision en date du 18 janvier 2011. Il était toujours suivi pour les séquelles de l'accident et ses genoux lui faisaient toujours mal. Les lésions neurologiques étaient en relation avec l'accident.
19. Par courrier du 19 février 2011, l'APAS - Association permanence défense des patients et des assurés, en sa qualité de mandataire de l'assuré, a demandé à la SUVA de bien vouloir interpeller le psychiatre traitant avant de statuer sur l'opposition, voire de faire examiner l'assuré par le Dr O_____, ce que ce dernier avait d'ailleurs suggéré.
20. Dans un préavis du 24 mars 2011, le Dr N_____ a observé que l'opposant n'apportait aucun élément nouveau susceptible de modifier la précédente appréciation qui concernait le volet somatique. L'opposition semblait porter principalement sur les aspects d'ordre psychique et psychosomatique dont

l'adéquation avec l'accident était à démontrer. L'assuré présentait notamment des troubles mixtes de la personnalité et un état dépressif récurrent. En outre, il souffrait d'une comorbidité neuropathique évolutive certainement susceptible d'avoir un impact sur l'humeur.

21. Par décision sur opposition du 6 avril 2011, la SUVA a confirmé sa décision de mettre un terme au versement des prestations au 31 décembre 2011. Elle a en substance retenu que sur le plan somatique, l'état des genoux était stabilisé. Les séquelles des fractures ne déterminaient pas d'incapacité de travail et n'atteignaient pas le seuil d'indemnisation. Sur le plan neurologique, le Dr P_____ avait fait pratiquer une IRM cérébrale, une IRM médullaire et un bilan aux HUG. Le diagnostic de sclérose en plaque évoqué par ce médecin était un facteur étranger à l'accident influençant le processus de guérison. Le fait que ces troubles étaient apparus après l'accident n'y changeait rien. Enfin, sur le plan psychique, la question de savoir si les troubles diagnostiqués par le Dr O_____ étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident pouvait demeurer indécise, dès lors qu'en tout état de cause, la relation de causalité adéquate faisait défaut, l'accident devant être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne.
22. L'assuré interjette recours contre cette décision devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, par pli recommandé posté le 11 avril 2011. Il conclut à l'annulation de la décision entreprise et à ce que la SUVA soit condamnée à prendre en charge le traitement psychiatrique en cours jusqu'à son terme. Les troubles psychiques dont il souffrait étaient en relation avec l'accident. La SUVA aurait dû tenir compte du fait qu'il présentait un état de santé antérieur plus fragile que celui de la majorité des assurés, sur lequel un même événement était de nature à provoquer des effets beaucoup plus importants.
23. Par courrier du 2 mai 2011, le recourant a produit un bilan d'entrée établi par le service de neuro-rééducation des HUG, au sein duquel il avait été admis le 24 mars 2011 en vue d'une prise en charge pluridisciplinaire dans une perspective de rééducation. Selon ce rapport, le recourant présentait un trouble de panique sur fond d'un trouble dépressif avec élément de Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD), une sclérose en plaques probable, actuellement asymptomatique, et un status post-fracture des plateaux tibiaux externes et fractures costales avec séquelles.
24. Dans sa réponse au recours du 10 mai 2011, la SUVA rappelle que la question de savoir si les troubles psychiques dont souffre le recourant sont en lien avec l'accident a été laissée indécise, au motif que le caractère adéquat du lien devait être en tout état nié. Par ailleurs, l'appréciation de la relation de causalité adéquate devait être examinée à l'aune des critères développés aux ATF 115 V 133 et 124 V 44 dès lors que le recourant n'avait présenté, dans les suites de l'accident, ni maux de tête, ni nuchalgies.

25. Invité à répliquer, le recourant persiste dans ses explications précédentes. Il conclut principalement à la prise en charge par la SUVA du traitement psychiatrique et au versement des indemnités journalières jusqu'à stabilisation du cas. En fonction de l'évolution de la situation, le droit à une rente d'invalidité devait être examiné.
26. La détermination du recourant a été communiquée à la SUVA le 6 juin 2011 et la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1. Le litige porte sur le point de savoir si la CNA était fondée, par sa décision sur opposition du 21 août 2009 à supprimer le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents à partir du 1er janvier 2009.
2. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181; 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 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 (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; cf. ATF 119 V 335 consid 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv. consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, 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). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337 sv et l'arrêt cité). La jurisprudence a posé récemment diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires de ce point de vue (ATF 134 V 109 consid. 9 p. 122 ss).

ba) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 p. 181; 402 consid. 2.2 p. 405; 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 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 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 382 ss; 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss).

bb) Lors de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type «coup du lapin» (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 367; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s. consid. 3b).

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 p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 367), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV no 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b p. 383), 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 p. 103 et SVR 2007 UV no 8 p. 27, consid. 2 ss, U 277/04, et les références).

-
3. a) En l'espèce, sur le plan somatique, le Dr N_____, chirurgien et médecin d'arrondissement de la SUVA, a considéré, à l'issue de son examen du 23 septembre 2009, que l'assuré ne souffrait plus, un an après les faits, de troubles invalidants en relation avec l'accident. L'affection orthopédique était stabilisée et il n'y avait pas de dommage permanent au niveau de l'un ou l'autre des genoux blessés. Des médicaments inflammatoires, de la physiothérapie ou des accessoires orthopédiques n'étaient pas nécessaires. Du point de vue orthopédique, le recourant pouvait exercer son ancienne activité sans limitation. Ces conclusions ont été confirmées par le Dr N_____, médecin d'arrondissement remplaçant, dans son évaluation du 23 avril 2010. Ce médecin a constaté que l'évolution post-traumatique des genoux s'était avérée tout à fait favorable. La fonction des genoux s'était bien rétablie et seuls subsistaient des discrets signes irritatifs résiduels à la palpation de l'interligne externe à droite ainsi qu'une légère amyotrophie du quadriceps. Radiologiquement, la fracture du plateau externe gauche (du genou droit) était consolidée avec de discrets signes d'impaction osseuse et une minime fissuration résiduelle sur l'épine tibiale externe. Les radiographies du genou gauche ne montraient aucun signe visible. La situation était stabilisée et les séquelles de fractures n'atteignaient pas en l'état un taux indemnisable et n'entraînaient pas d'incapacité de travail.

La Cour de céans considère que les avis des Drs N_____ et N_____, établis après avoir pris connaissance du dossier médical et examiné l'assuré, sont clairs et documentés et emportent la conviction, étant rappelé que selon la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la CNA 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 (cf. ATF 125 V 353 sv. consid. 3b/ee). En l'occurrence, aucun avis médical contraire ne remet sérieusement en cause l'appréciation des deux médecins d'arrondissement. Le recourant ne conteste d'ailleurs pas l'appréciation de ces médecins concernant les suites de son accident sur son état de santé physique.

b) En ce qui concerne les troubles neurologiques évoqués par le Dr N_____ dans son appréciation du 23 avril 2010 et du 26 novembre 2010, apparus bien après l'accident, les investigations complémentaires effectuées ont mis en évidence que l'assuré souffrait d'une probable sclérose en plaques. Ce diagnostic a été évoqué par plusieurs neurologues, notamment dans un rapport des HUG du 8 novembre 2010 et par le Dr P_____, lequel a signalé à l'assurance-invalidité que ce diagnostic n'était pas provoqué par l'accident. Aucun des médecins consultés n'a établi un lien de causalité entre l'accident et cette affection, étant précisé que le fait que ces troubles aient fait leur apparition postérieurement à l'accident ne signifie pas qu'ils sont d'origine traumatique. Partant, c'est à juste titre que l'intimé a exclu

tout lien de causalité naturelle entre l'accident et les plaintes de nature neurologique. Le recourant ne soutient d'ailleurs pas le contraire.

4. Le recourant se plaint principalement du fait qu'il souffre, depuis l'accident, de troubles de nature psychique. L'existence de troubles psychiques est largement documentée et a été en particulier reconnue par le Dr O _____, médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a examiné le recourant un an après l'accident. Elle a été en dernier lieu rappelée par le rapport du 24 mars 2011 produit par le recourant devant la Cour de céans. Toutefois, l'intimée a laissé ouverte la question de savoir si ces troubles étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident, au motif qu'en tout état de cause le lien de causalité adéquate faisait défaut.

a) Pour trancher cette question, la SUVA s'est fondée à juste titre sur les principes applicables en présence d'une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133), et non pas sur la jurisprudence en cas d'accident de type «coup du lapin» (ATF 134 V 109). En effet, la documentation médicale versée à la procédure, en particulier le résumé de séjour des HUG du 20 septembre 2008 et les rapports de Beau-Séjour du 7 novembre 2008 et du 18 décembre 2008, montrent que le recourant n'a pas développé, dans les suites immédiates de l'accident, plusieurs des symptômes appartenant au tableau typique des traumatismes cervicaux et cranio-cervicaux. Si le recourant a été admis aux urgences pour un traumatisme crânien, force est de constater qu'il n'y a pas eu de perte de connaissance, et qu'il ne s'est plaint ni de céphalées, ni de vertiges, ni de troubles de la concentration et de la mémoire, ou de nausées, de troubles de la vue etc. Aucun traumatisme à la colonne cervicale n'a été mentionné.

b) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé, il faut d'abord, classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. 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. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;- la durée anormalement longue du traitement médical;- les douleurs physiques persistantes;- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. 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 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409). 3.

ca) L'accident de la circulation du 19 septembre 2008 doit être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne. Le recourant circulait en voiture de jour sur une route sèche et plate, à une vitesse d'environ 50 km/h, lorsqu'il a percuté une borne et un candélabre situés au milieu de la chaussée. Aucun autre véhicule n'a été impliqué et l'assuré n'a pas perdu connaissance. Nonobstant les fractures d'une certaine gravité provoquées par l'accident, l'événement accidentel en tant que tel n'est pas d'un point de vue objectif particulièrement grave.

cb) En l'occurrence, on ne voit pas d'éléments de nature à faire apparaître l'accident en question comme particulièrement impressionnant ou dramatique. Les lésions constatées, à savoir des fractures des deux plateaux tibiaux ainsi que d'une côte ne sauraient être qualifiées de particulièrement graves et propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Le traitement prodigué a été uniquement conservateur, le recourant ayant quitté le service des urgences le lendemain de l'accident. Il a ensuite séjourné à deux reprises à Beau-Séjour pour la réadaptation. Le fait que la deuxième fracture du tibia à gauche n'a été diagnostiquée qu'un mois après l'accident, lors du premier séjour à Beau-Séjour, n'a pas retardé le processus de guérison ni provoqué des complications. On relèvera à cet égard qu'une radiographie effectuée le 13 novembre 2008 montrait des fractures en voie de consolidation sans déplacement secondaire. Un an après l'accident, le Dr N_____ a constaté que sur le plan orthopédique, la situation était stabilisée, qu'il n'y avait pas de dommage permanent au niveau des deux genoux et que des médicaments anti-inflammatoires, de la physiothérapie ou des accessoires orthopédiques n'étaient pas nécessaires. Ainsi, le traitement lié aux lésions des genoux n'a guère excédé, au total, une année, à l'échéance de laquelle il n'y avait plus de contre-indication médicale à ce que le recourant reprenne une activité adaptée (rapport de l'examen par le médecin d'arrondissement de la SUVA, du 23 septembre 2009, p. 3 et 4). Dix-huit mois après l'accident, le Dr N_____, médecin d'arrondissement remplaçant, a confirmé les conclusions du Dr N_____ et constaté que la situation des deux genoux était stabilisée. Enfin, si le recourant a continué à se plaindre de douleurs aux genoux, notamment de difficultés à descendre les escaliers (cf. rapport de l'examen du médecin d'arrondissement de la SUVA du 23 avril 2010), il apparaît que ce syndrome algique ne trouvait plus de justification objective, un an et demi après l'accident, dans les constatations cliniques et radiologiques.

d) Il résulte de ce qui précède qu'aucune de ces circonstances prises séparément, pas plus que l'ensemble de celles-ci considérées globalement, ne permettent de conclure que l'accident du 19 septembre 2008 était susceptible d'avoir une incidence déterminante dans le développement de troubles psychiques, à tout le moins au-delà du 31 janvier 2011. Pour ces motifs, une instruction médicale complémentaire de l'état de santé psychique du recourant n'est pas nécessaire, les éléments au dossier étant suffisants pour permettre à la SUVA de statuer sur le bien-fondé du droit aux prestations de l'assuré.

5. Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a décidé d'interrompre le versement de ses prestations en faveur du recourant à compter du 31 janvier 2011.
6. En tous points mal fondé, le recours est rejeté.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

La présidente suppléante

Marie-Catherine SECHAUD

Verena PEDRAZZINI RIZZI

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