RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1676/2021 **ATAS/1256/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 décembre 2021

6ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ANNEMASSE, France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre STASTNY	recourant
contre	
SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après: l'assuré ou le recourant) né le _____ 1971, était engagé par une société spécialisée dans le recrutement et le placement de personnel lorsque, le 2 avril 2019, alors qu'il circulait au guidon d'un motocycliste dans un giratoire, il a été percuté par une voiture, le propulsant sur 1m50-2m, sans chute. À ce titre, il était assuré par la CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la SUVA).

b. Les premiers soins ont été prodigués dans un hôpital en France, où il a été retenu en particulier une entorse du rachis cervical avec cervicalgies droites, une contracture du muscle sterno-cléido-mastoïdien droit, et des lombalgies. Les radiographies du rachis cervical et lombaire, pratiquées le jour de l'événement, ont mis en évidence une perte de la courbure physiologique cervicale avec une rectitude rachidienne, une odontoïde de position médiane, sans trait de fracture individualisable au niveau des corps vertébraux, sans tassement des corps vertébraux, une spondylarthrose C5-C6 et C6-C7, sans épaississement de l'espace prévertébral cervical.

c. Le 7 juin 2019, l'assuré a consulté le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Il se plaignait de douleurs persistantes au niveau de la colonne cervicale, dorsale et lombaire, associées à des céphalées et des vertiges, ainsi que de douleurs à l'épaule droite irradiant dans le bras.

d. Les imageries par résonance magnétique (IRM) de l'épaule droite du 12 juin 2019, celles cervicale du 13 juin 2019 et cérébrale du 24 juin 2019, ainsi que la radiographie de la colonne lombaire du 13 juin 2019 et celle de l'épaule droite du 3 juillet 2019 ont montré une tendinopathie, voire une rupture partielle du tendon du sus-épineux en position sous-acromiale, une bursite, et un remaniement dégénératif acromio-claviculaire; une minime discopathie C6-C7 avec amincissement de l'espace intersomatique et léger débord discal circonférentiel, sans sténose canalaire ou foraminale et sans lésion post-traumatique visible; et une contusion au niveau de la partie antérieure et distale de la face inférieure du tendon sus-épineux, sans autre anomalie.

e. Dans un rapport du 19 juillet 2019, le Dr B_____ a posé les diagnostics de traumatisme de la colonne cervicale de type « whiplash » sans lésion ostéo-articulaire, de lésion intra-tendineuse du tendon sus-épineux à l'épaule droite, de contusion dorso-lombaire, de syndrome irritatif sensitif du nerf cubital droit, et de syndrome de stress post-traumatique pour lequel l'assuré consultait un psychologue. Le médecin a attesté d'une incapacité de travail totale du 2 avril au 31 août 2019, qu'il a prolongée jusqu'au 2 octobre 2019. Dans un rapport du 4 septembre 2019, ce spécialiste a fait état de peu d'amélioration avec la persistance d'un syndrome cervical douloureux, de douleurs dans le membre

supérieur droit, de signes d'irritation du nerf cubital et de douleurs dorso-lombaires. La situation post-traumatique perdurait.

f. Une échographie de l'épaule droite réalisée le 4 septembre 2019 était dans les limites de la norme, sans lésion tendineuse.

g. Dès le 3 septembre 2019, l'assuré a entrepris une rééducation vestibulaire en raison de vertiges rotatoires, de quelques nausées, d'acouphènes droits et de céphalées postérieures. Dans un rapport du 23 septembre 2019, le docteur C_____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie (ORL) a relevé un déficit vestibulaire gauche de 9%.

h. Dans un rapport du 27 septembre 2019, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, a posé le diagnostic de syndrome douloureux global d'étiologie non claire après avoir examiné l'assuré.

i. Le 30 septembre 2019, le docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 2 octobre jusqu'au 2 novembre 2019, qu'il a prolongée jusqu'au 2 janvier 2020. Le docteur F_____, médecin généraliste en France, a ensuite établi des arrêts de travail à réitérées reprises, en dernier lieu, jusqu'au 13 juin 2021.

j. Dans un rapport du 9 octobre 2019, le docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, a conclu que l'évaluation neurologique et neurophysiologique était normale, sans atteinte évoquant une souffrance du nerf cubital ou d'une pathologie radiculaire ou plexulaire. En revanche, à la palpation de contractures musculaires douloureuses intéressant l'ensemble du scalp, la jonction cervico-occipitale et la ceinture scapulaire, il existait des sensations paresthésiques entrant dans le cadre de douleurs référées.

k. Dans un rapport du 14 novembre 2019, la Clinique romande de réadaptation (CRR), où l'assuré avait séjourné du 11 au 13 novembre 2019 dans le cadre d'une évaluation interdisciplinaire (neurologique, rhumatologique et psychiatrique), a retenu les diagnostics d'état douloureux chronique diffus sans lésion anatomique identifiée, d'épisode dépressif moyen (F32.1) et de trouble anxieux avec symptômes proches de l'état de stress post-traumatique (F41.8). Aucun traitement n'était proposé sur le plan somatique en l'absence de traumatisme physique propre à occasionner des séquelles anatomiques. Les composantes psychique et émotionnelle de la douleur étaient au premier plan.

l. Un électromyogramme effectué le 20 novembre 2019 au niveau des coudes a révélé une atteinte tronculaire des deux ulnaires avec début de perte axonale sensitive, sans signe d'atteinte radiculaire.

m. Dans un rapport du 27 novembre 2019, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a émis l'avis que le trouble anxieux était en lien de causalité avec l'accident, à l'inverse de

la dépression. L'association dysphorie-douleurs somatoformes était typique des tableaux d'invalidation.

B. **a.** Par décision du 16 décembre 2019, la SUVA a mis un terme aux prestations d'assurance (versement des indemnités journalières et prise en charge du traitement médical) avec effet au 1er janvier 2020, motif pris qu'il n'existait pas de relation de causalité adéquate entre l'accident et les troubles dont se plaignait l'assuré, insuffisamment démontrables d'un point de vue organique.

b. Dans un rapport du 6 janvier 2020, le docteur E_____ a indiqué que l'assuré présentait des cervico-brachialgies, des dorsalgies ainsi que des vertiges mal systématisés depuis l'événement du 2 avril 2019.

c. Saisie d'une opposition, par courrier du 8 mai 2020, la SUVA, après avoir réexaminé le dossier de l'assuré, a annulé la décision précitée, et informé celui-ci qu'elle reprenait ses prestations.

d. Une IRM cérébrale du 16 juin 2020 pratiquée en raison de céphalées et vertiges n'a pas décelé d'anomalie.

e. Dans un rapport du 21 juillet 2020, le docteur I_____, spécialiste FMH en ORL, a mentionné que le bilan montrait une fonction vestibulaire périphérique normale, des discrets signes d'atteinte des voies visuo-oculomotrices centrales avec une poursuite légèrement perturbée et des saccades ralenties, compatibles avec les suites d'un coup du lapin.

f. Par décision du 5 août 2020, la SUVA, se référant à l'appréciation de son médecin d'arrondissement de la veille, a clos le dossier de l'assuré au 17 août 2020, considérant que l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint dès cette date.

g. Le 10 août 2020, l'assuré a formé une opposition orale à cette décision, signalant que toutes ses pathologies étaient consécutives à l'accident, que son incapacité de travail totale perdurait, et qu'il prenait encore des médicaments.

h. Dans une appréciation du 7 septembre 2020, le Dr D_____ a relevé que les évaluations médicales effectuées au cours de l'année 2020 n'avaient pas mis en évidence de nouvelles anomalies objectives. Sur le plan orthopédique, la situation pouvait être considérée comme définitivement stabilisée.

i. Par courrier du 7 septembre complété le 10 novembre 2020, l'assuré, sous la plume de son conseil, a contesté la décision du 5 août 2020.

j. Dans une appréciation du 9 septembre 2020 complétée le 20 octobre suivant, le Dr H_____ a retenu la présence d'un coup de lapin classique qui ne devait pas être médicalisé ni psychiatrisé à outrance vu la faible sévérité de l'accident et le comportement démonstratif de l'assuré, observé lors du séjour à la CRR. L'accident, mineur, à l'origine de la symptomatologie anxieuse, ne justifiait pas

une évolution négative durable au-delà de six mois au maximum. Sur le plan psychique, la situation pouvait donc être considérée comme étant stabilisée.

k. Dans une appréciation du 18 septembre 2020, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en ORL, de la division médecine du travail de la SUVA, a conclu, sur la base du rapport du Dr I_____, qu'il n'existait pas d'atteinte objectivée sur le plan ORL.

l. Dans un rapport du 21 septembre 2020, le Dr I_____ a maintenu ses conclusions antérieures.

m. Dans un rapport d'expertise psychiatrique du 23 septembre 2020 établi à la demande de l'assureur perte de gain maladie, le docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de dysthymie (F34.1) et de modification durable de la personnalité après accident de la voie publique et propos insultants (F62.88), et ceux, sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble somatoforme douloureux chronique, avec facteurs psychologiques (F45.41) et d'épisode dépressif, en rémission (F32.9). La capacité de travail de l'assuré était de 80% dans toute activité dans un environnement simple et bienveillant depuis la date de l'expertise en raison de la fatigue résiduelle et intermittent en lien avec les difficultés d'adaptation.

n. Par décision du 30 mars 2021, la SUVA a confirmé celle du 5 août 2020.

C. **a.** Par acte du 11 mai 2021, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision du 30 mars 2021 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition des Drs E_____ et F_____, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique, principalement, au versement d'indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au-delà du 17 août 2020 jusqu'à la stabilisation de son état de santé, et subsidiairement, à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50% au moins et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% au minimum.

b. L'intimé a répondu au recours le 11 juin 2021, en concluant à son rejet.

c. Invité à répliquer, le recourant ne s'est pas manifesté dans le délai imparti.

EN DROIT

1.

1.1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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).

1.2. En vertu de l'art. 58 LPGA, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2).

1.3. L'ancien employeur du recourant, lequel est domicilié en France, est situé dans le canton de Genève, de sorte que la chambre de céans est compétente à raison de la matière et du lieu pour juger du cas d'espèce.

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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

Déposé après le 1er janvier 2021, le recours sera donc traité sous l'angle du nouveau droit de la LPGA (cf. ATAS/360/2021 du 15 avril 2021 consid. 3).

4. Dans la mesure où l'accident est survenu le 2 avril 2019, la LAA dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2017 s'applique au cas d'espèce (cf. par. 1 des dispositions transitoires sur la modification de la LAA du 25 septembre 2015, RO 2016 4375, 4388 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2).

5. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 et 60 al. 1 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA; art. 89B LPA) et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7e jour avant Pâques au 7e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le point de savoir si les troubles présentés ensuite de l'accident du 2 avril 2019 donnent droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 17 août 2020.

7.

7.1. 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.

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

7.2. 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 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).

7.3. 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.). 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 des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

8.

8.1. L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 117 V 359 consid. 4b).

Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4).

Le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type «coup du lapin», l'expertise doit, en cas de confirmation du

diagnostic, contenir également des renseignements permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident (ATF 134 V 109 consid. 9.5).

Une expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531).

8.2. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

8.3. Ainsi, en principe, lorsqu’au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en

pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

8.4. 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).

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

8.5. 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).

8.6. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin

traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

8.7. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise

administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

11.

11.1. En l'espèce, l'intimée a considéré, sur la base du dossier médical, que le recourant – dont le motocycliste a été percuté par l'arrière – a été victime d'un traumatisme cervical de type « coup de lapin » (il présentait des cervicalgies avec des céphalées et des vertiges, irradiant dans le bras droit), sans que la preuve d'un déficit organique n'ait été apportée. S'appuyant sur l'avis de ses médecins d'arrondissement, elle a écarté dès le 17 août 2020 au plus tard l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles dont le recourant se plaignait encore et l'événement accidentel.

Le recourant reproche à l'intimée d'avoir nié la présence d'un substrat organique, en se référant aux rapports de ses médecins traitants.

11.2. Certes, selon le rapport du 14 novembre 2019 de la CRR, où le recourant a été soumis à une évaluation interdisciplinaire, celui-ci souffre d'un état douloureux chronique diffus, sans lésion anatomique identifiée. À cette fin, les médecins de la CRR, spécialistes FMH en neurologie, respectivement en médecine interne générale et en rhumatologie, ainsi qu'en psychiatrie et psychothérapie, ont étudié le dossier, y compris les documents d'imagerie, tenu compte des plaintes du recourant, et procédé à son examen clinique. Si les radiographies et IRM pratiquées le jour de l'accident, puis en juin et juillet 2019 ont mis en évidence notamment une discopathie C6-C7 modérée (dans une moindre mesure C5-C6) ainsi qu'une tendinopathie du sus-épineux de l'épaule droite, les médecins de la CRR ont néanmoins souligné que les imageries ne révélaient aucune atteinte traumatique (p. 6-7).

Or, postérieurement à cette évaluation, l'électromyogramme du 20 novembre 2019 a montré une atteinte tronculaire des deux ulnaires au coude. Dans son rapport du 21 juillet 2020, le Dr I_____ a constaté des signes discrets d'atteinte des voies visuo-oculomotrices centrales. Dans son rapport du 15 décembre 2020, le Dr F_____ a fait état d'une aggravation des sensations vertigineuses.

Si, on peut effectivement admettre, sur la base du rapport de la CRR et des imageries, que, sur le plan orthopédique (épaule droite, rachis cervical et lombaire), le recourant ne présente pas de lésion organique en relation avec l'accident, en revanche, aucun médecin de l'intimée ne discute des atteintes constatées sur l'électromyogramme du 20 novembre 2019 ainsi que par le Dr I_____. La Dresse J_____ se contente, dans son appréciation du 18

septembre 2020, de conclure qu'il n'existe pas d'atteinte objectivée sur le plan ORL, motif pris que le Dr I_____ a retenu une fonction vestibulaire périphérique normale. Elle ne s'est cependant pas prononcée sur l'atteinte des voies visuo-oculomotrices centrales.

On ignore donc, d'une part, si l'atteinte tronculaire des deux ulnaires au coude est en relation de causalité naturelle avec l'accident, et d'autre part, si l'atteinte des voies visuo-oculomotrices centrales entraîne la symptomatologie manifestée par le recourant (céphalées et vertiges qui se sont aggravés d'après le Dr F_____).

Sur ce, on se demande s'il existe ou non un substrat organique aux troubles présentés par le recourant (céphalées, vertiges, ainsi qu'au niveau des coudes).

11.3. Force est ainsi de constater que l'intimée n'a pas suffisamment instruit la situation médicale du recourant. Il convient ainsi de lui renvoyer la cause afin qu'elle mette en œuvre une expertise indépendante sur le plans neurologique et ORL (comme l'avait du reste suggéré le Dr H_____ dans son appréciation du 9 septembre 2020), et qu'elle invite expressément les experts à répondre aux questions en suspens par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostic ou d'imagerie reconnues scientifiquement (arrêt du Tribunal fédéral 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 4).

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et le dossier renvoyé à l'intimée afin qu'elle procède conformément aux considérants, et rende une nouvelle décision.

13. Le recourant, représenté par un mandataire, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'il a droit à une indemnité de dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 800.- (art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10] ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} a contrario LPGA).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision sur opposition du 30 mars 2021.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Alloue au recourant une indemnité de CHF 800.- à titre de dépens, à la charge de l'intimée.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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