



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2113/2019

ATAS/359/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 mai 2020

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GARCHES, FRANCE

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, Division juridique, sise Fluhmattstrasse 1,
LUCERNE

intimée

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Pierre-Bernard PETITAT et
Georges ZUFFEREY, Judges assessesurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré, l'intéressé ou le recourant), né en 1986, travaillait à plein temps en qualité de dépanneur automobile, dès le 1^{er} novembre 2017, pour la société B_____ Sàrl (ayant son siège social à K_____/VD) ; il était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : la CNA, l'assureur-accidents ou l'intimée).

Le 14 février 2018 à 16h30, sur le parking C_____ en France voisine, il était au volant de son véhicule, arrêté pour laisser passer un piéton, lorsqu'un véhicule qui le suivait l'a heurté par l'arrière.

2. La déclaration d'accident adressée par l'employeur à la CNA, le 23 février 2018, mentionnant notamment dans la description des faits un « choc arrière (coup du lapin) », les premiers soins ayant été dispensés par le D_____ SA (docteur E_____, médecin praticien généraliste FMH), la CNA a demandé audit centre médical, par courrier du 14 mars 2018, de remplir la « Fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical » (ci-après : le questionnaire).

Le Dr E_____ a rempli le questionnaire le 1^{er} avril 2018 : la première consultation remontait au 16 février 2018. Selon les réponses correspondant aux différentes rubriques, il n'y avait pas eu de perte de connaissance ni de trou de mémoire au moment de l'accident ; selon le patient, il a ressenti des céphalées, des douleurs à la nuque et des vertiges, immédiatement après l'accident, mais en revanche aucune nausée, ni vomissements, troubles de l'audition, de la vue ou du sommeil. Le médecin a localisé les douleurs à la pression, par une marque (dessin sur silhouette humaine) depuis la nuque en direction des deux épaules; anamnestiquement, il a été répondu négativement à toutes les rubriques relatives à des plaintes ayant nécessité un traitement avant l'accident. Il n'existait aucune autre douleur ni limitation fonctionnelle ; l'examen neurologique montrait une force musculaire et des réflexes tendineux normaux, pas de paresthésies, ni de déficit sensitif. Le médecin n'a fait aucune autre constatation ou élément frappant, ni constaté de lésion externe. Une radiographie de la colonne cervicale (face/profil et dynamique) a été pratiquée le 23 février 2018 et s'est révélée normale; plus tard (12 mars 2018) une IRM lombaire a décrit un discret tassement connu de D4 sans recul du mur postérieur ni myélopathie en regard ; un aspect légèrement cunéiforme des corps vertébraux de D8 et D9 pouvant être constitutionnel; pas de hernie discale au niveau thoracique; protrusion discale médiane sans conflit en L4-L5; un discret effet irritatif sur la partie récessale des racines L5 était possible, à corrélérer à la clinique. Le médecin a prescrit des AINS et de la physiothérapie pour une décontraction musculaire. Un arrêt de travail à 100 % a été délivré le 16 février, pour une durée probable de 10 jours, soit jusqu'au 26 février ; il sera prolongé le 8 mars 2018 pour un mois, soit jusqu'au 26 mars 2018, dans les circonstances et motifs évoqués par la suite.

3. La CNA a pris cet accident en charge. Elle a notamment versé des indemnités journalières, à raison de CHF 118.40 par jour calendaire, dès le 17 février 2018, et pris en charge les frais de traitement.
4. Il ressort toutefois d'une note téléphonique du 22 mars 2018 entre un gestionnaire de la CNA et l'employeur que l'assuré avait repris le travail à 100 % le 26 février 2018 ; mais suite à des fautes professionnelles graves, il avait été licencié avec effet immédiat le 2 mars 2018. Cette note précisait que le gestionnaire avait observé, à l'intention de l'employeur, être en possession d'un certificat d'arrêt de travail valable du 26 février au 26 mars 2018; l'employeur avait confirmé lors de cet entretien, puis par courriel du même jour, que l'assuré était allé chez son médecin six jours après son licenciement - ce dernier lui ayant refait un certificat d'incapacité de travail du 26 février au 26 mars 2018, alors que l'assuré avait bien repris le travail à 100 % le 26 février 2018, jusqu'à son licenciement immédiat.
5. Il ressort d'une note téléphonique du 22 mars 2018 entre l'assuré et une gestionnaire de la CNA que selon les dires de l'assuré, l'IRM qu'il avait subie le lundi précédent aurait révélé qu'un disque serait touché. Il ressentait des douleurs type sciatique, jusqu'au pied droit. Il lui restait des séances de physiothérapie à faire. Il appliquait du Voltarène en pommade et prenait de l'Atarax pour dormir. Il était toujours en arrêt de travail à 100 % et devait rappeler son médecin pour fixer un nouveau rendez-vous. Comme le contrat de travail avait été résilié, il s'était déjà inscrit à l'ORP, mais pas encore à une caisse de chômage. Son assurance-maladie (LAMal) était I_____. Il était relevé que l'année précédente, l'intéressé avait déjà souffert d'un tassement de vertèbres suite à une chute dans les escaliers; à l'époque il était indépendant et ne savait pas quelle assurance était intervenue pour ce sinistre.
6. Selon une notice téléphonique du 29 mars 2018, l'assuré avait tenté de fixer un nouveau rendez-vous avec son médecin traitant; ce dernier étant absent, il avait dû trouver en urgence un médecin pour savoir s'il était apte à travailler. Il avait dès lors consulté le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine générale au Centre médical de la Servette à Genève : ce dernier lui avait prolongé son incapacité de travail à 100 % jusqu'au 8 avril 2018, avec retour à une capacité de travail (ci-après : CT) à 100 % dès le 9 avril 2018. Il était nécessaire que l'incapacité de travail à 100 % soit prolongée, pour qu'il puisse faire la physiothérapie. Il indiquait qu'il avait actuellement un nerf coincé au niveau de la sciatique. Il y avait 8 ou 9 mois, suite à un tassement de vertèbres, il avait déjà souffert du dos, mais depuis cet épisode jusqu'à l'accident du 14 février 2018, il n'avait pas ressenti de douleurs dorsales. Selon lui, victime d'un coup du lapin le 14 février 2018, la tension de la nuque avait réveillé ses douleurs de type sciatique. L'assuré a encore précisé qu'il y aurait probablement une reprise du travail à 100 % dès le 9 avril 2018; aucun contrôle médical n'était prévu; il devait juste terminer la physiothérapie. Il était enfin noté que, selon les dires de l'intéressé, pendant l'entretien téléphonique, il se trouvait dans une agence de placement temporaire pour y apporter des papiers.

7. Sur demande de la CNA, le Dr F_____ a établi un rapport intermédiaire, le 4 avril 2018. Il retenait le diagnostic de dorsolombalgies post-traumatique (14/2/18); s'agissant de l'évolution : le 26 mars 2008, le patient se plaignait de douleurs lombaires basses en se penchant en avant; le pronostic était bon, la reprise du travail était prévue après la physiothérapie, dès le 9/4/2018. Aucun contrôle n'était prévu, après la consultation du 26 mars 2018.
8. Le Dr F_____ a établi un nouveau certificat d'arrêt de travail, à 50 %, du 9 au 22 avril 2018, avec restriction de port de charges supérieures à 3 kg, et reprise à 100 % sans limitation de poids dès le 23 avril 2018.
9. Il ressort d'une notice téléphonique du 10 avril 2018, relative à la prolongation de l'incapacité de travail à 50 %, que le gestionnaire de la CNA, Monsieur G_____, avait fait part à l'assuré de son étonnement et lui demandait les motifs de cette prolongation d'incapacité de travail jusqu'au 22 avril 2018. L'intéressé a expliqué que c'était son médecin qui avait tenu à reconnaître cette incapacité de travail partielle, estimant son patient inapte à reprendre son travail à 100 % dans une activité lourde. Le gestionnaire lui a indiqué que, compte tenu du fait qu'il s'était annoncé au chômage, il estimait que cette nouvelle incapacité de travail n'était pas vraiment admissible. L'assuré a été informé qu'au vu de la situation, la CNA interviendrait pour ces quelques jours à 50 %, mais n'accepterait toutefois aucune nouvelle prolongation de l'arrêt de travail. Si tel devait néanmoins être le cas, il y aurait lieu de le contacter immédiatement. Cette notice conclut que « c'est en ordre pour lui (l'assuré); à relever que le traitement médical a pris fin hier... ».
10. a. Le 7 août 2018, l'assuré a adressé par courriel à M. G_____, un constat médical que le Dr F_____ avait établi le 31 juillet 2018, au terme duquel il certifiait avoir pris en charge le patient depuis le 26 mars 2018 à la suite d'un accident sur la voie publique le 14 février 2018 lors duquel, chauffeur de son véhicule et ceinturé, il avait été percuté par l'arrière par une autre voiture, engendrant un mécanisme d'hyperextension et hyperflexion de la nuque. Le patient avait initialement consulté un médecin à Morges qui, en raison de cervicalgies, avait en premier lieu prescrit des radiographies de la colonne cervicale qui s'étaient révélées sans particularité; le mois suivant, une IRM dorso-lombaire avait également été prescrite par ce médecin (Dr E_____) en raison de lombosciatalgies L5 droite récidivantes. L'IRM avait montré une protrusion discale médiane au niveau L4-L5 pouvant engendrer un conflit radiculaire avec la racine L5. Il avait vu le patient en consultation le 26 mars 2018 afin de prolonger son certificat médical d'arrêt de travail à 100 % en raison de la persistance de lombalgies cinétiques, la clinique de lombo-sciatalgies ayant disparu après 4 séances de physiothérapie. Le 9 avril 2018, la CT était seulement de 50 % en raison de douleurs cervicales persistantes lors du port de charges minimales, raison pour laquelle une IRM cervicale avait été réalisée. Celle-ci ne montrait aucune lésion particulière et les douleurs étaient attribuées à une origine musculaire. La CT était retrouvée à 100 % depuis le 23 avril 2018, mais le patient se plaignait toujours

d'une sensation de pincement dans la région inter-scapulaire lors du dernier contrôle du 26 juillet 2018; l'examen clinique était normal hormis des contractures musculaires localisées dans la région douloureuse. Il avait dès lors prescrit 9 nouvelles séances de physiothérapie et avait adressé le patient à un collègue orthopédiste afin de déterminer s'il y avait lieu de chercher une autre origine aux douleurs.

b. Le même jour, un entretien téléphonique a eu lieu entre l'assuré et M. G_____, à propos du « traitement non terminé ». L'assuré informait le gestionnaire du fait que le traitement médical n'avait jamais pris fin. Le représentant de la CNA lui faisant observer qu'il lui avait expressément indiqué, lors d'un entretien téléphonique du 10 avril 2018, que le traitement était terminé, l'assuré lui a précisé qu'il voulait juste dire que le traitement médicamenteux était terminé. Il avait effectué une IRM en juin 2018 et consultait le Dr F_____ environ une fois par mois. L'assuré a dès lors été informé que l'assureur-accidents allait solliciter des renseignements du médecin traitant avant d'examiner si la responsabilité de l'assureur-accidents était (encore) engagée.

11. Le médecin traitant a répondu le 13 août 2018, reprenant les termes de son attestation du 31 juillet 2018, en y annexant les documents médicaux requis, soit, en complément aux documents précédemment versés au dossier, le rapport d'IRM de la colonne cervicale du 11 juin 2018 et les rapports détaillés de chacune de ses consultations (26.03, 9.04, 23.04, 04.06 et 26.07.2018). L'IRM cervicale était dans les limites de la norme pour l'âge; cet examen ne fournissait pas d'explication pour la symptomatologie.

12. a. L'assureur-accidents a soumis le dossier à la doctoresse H_____, médecin d'arrondissement et médecin praticien : en substance, lors de l'entretien téléphonique du 10 avril 2018, l'assuré avait indiqué au gestionnaire de la CNA qu'une pleine CT était reconnue à partir du 22 avril 2018; le cas avait été bouclé à l'issue de ce téléphone. Récemment toutefois, l'assuré avait repris contact avec la CNA pour l'informer de ce que le traitement médical n'avait jamais pris fin et qu'il était toujours suivi par son médecin traitant. Sur la base des renseignements obtenus de ce dernier, le médecin d'arrondissement était invité à indiquer quelles étaient au moins au degré de la vraisemblance prépondérante les lésions structurelles objectivables causées par l'accident du 14 février 2018; si d'autres traitements des séquelles de l'accident étaient de nature à améliorer notablement l'état de santé et si compte tenu de l'évolution du cas, la responsabilité de la CNA était toujours engagée à l'heure actuelle; enfin si l'on pouvait admettre que la responsabilité de la CNA était éteinte à fin avril 2018.

b. La Dresse H_____ s'est déterminée le 28 août 2018 : aucune lésion structurelle n'était imputable à l'événement du 14/02/2018. L'assuré n'avait pas présenté de lésion structurelle ni au niveau cervical, ni lombaire, ni sur le plan ostéoarticulaire. L'IRM cervicale était parfaitement normale, et montrait des lésions préexistantes qui n'étaient pas d'origine traumatique. Aucun traitement ne serait susceptible

d'améliorer notablement l'état de santé de l'assuré. S'agissant de la question de l'éventuelle responsabilité encore actuelle de la CNA, le médecin d'arrondissement a répondu négativement : vu l'absence de lésion structurelle, un coup du lapin simple (avec une IRM normale) guérissait en quelques semaines, voire en 3 à 6 mois au maximum dans les cas les plus graves. Dans cette situation, le médecin traitant retenait qu'il n'y avait plus d'origine traumatique ou de douleurs se situant entre les omoplates et il les attribuait à une origine musculaire. Selon ce même médecin, la CT avait été retrouvée à 100 % le 23 avril 2018. Le traitement était terminé. Toutefois, l'assuré s'était plaint lors du contrôle du 26 juillet 2018 de sensations de pincement dans la région interscapulaire. Ce symptôme n'était pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement incriminé. Par conséquent, on pouvait considérer que l'événement avait totalement cessé de déployer ses effets au plus tard à fin avril 2018.

13. Par courrier du 6 septembre 2018 à l'assuré, la CNA, se référant à l'entretien téléphonique du 7 août 2018 (ci-dessus ch. 12), a rappelé qu'aux termes de la loi et de la jurisprudence, elle était habilitée à verser des prestations tant qu'il n'était pas établi au degré de vraisemblance prépondérante que la personne assurée ne souffrait plus des séquelles de l'accident. Lorsqu'un accident aggravait ou, de manière générale, provoquait l'apparition d'un état préexistant qui lui était étranger, l'obligation de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cessait lorsque celui-ci ne constituait plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire lorsque celle-ci reposait exclusivement sur les causes étrangères à l'accident. Tel était le cas lorsque la personne intéressée recouvrait l'état de santé qui existait immédiatement avant l'accident ou présentait celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident, par suite de l'évolution ordinaire d'un état pathologique préexistant. De l'avis du médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistaient au-delà du 30 avril 2018 n'étaient plus dus à l'accident. L'état de santé tel qu'il était avant l'accident pouvait être considéré comme rétabli le 30 avril 2018 au plus tard. C'était donc à juste titre que la CNA avait clos le dossier à fin avril 2018.
14. L'assuré ayant contesté l'avis et les conclusions de la CNA, par courriel du 15 septembre 2018, puis invité la CNA, par courrier du 14 janvier 2019, à lui communiquer sa « décision sur opposition », l'assureur-accidents a rendu une décision formelle le 17 janvier 2019, reprenant en substance les termes de son courrier du 6 septembre 2018. Copie de cette décision a été adressée à l'ex-employeur, au médecin traitant et à I_____.
15. Par courrier du 1^{er} février 2019, l'assuré y a formé opposition. Il concluait implicitement à son annulation, et à la prise en charge par la CNA du solde restant des frais médicaux d'environ CHF 1'155.- et la prise en charge de dix séances de physiothérapie restantes. Il reprochait en substance la manière dont l'un des gestionnaires de la CNA particulièrement avait traité son dossier, en finissant par le clôturer avec effet au 30 avril 2018, sans l'en avoir préalablement avisé. Ce n'était que par courrier du 6 septembre 2018 qu'il en avait été informé. Il reprochait à

l'assureur-accidents de retenir que ses douleurs étaient préexistantes en s'appuyant, pour arriver à cette conclusion, sur les examens médicaux, prescrits par son médecin traitant, mais sans accepter d'en couvrir les frais.

16. La Dresse H_____ a procédé à une seconde appréciation médicale, le 25 avril 2019. Elle a conclu qu'en l'état du dossier, en l'absence de lésion structurelle pouvant être imputée à l'événement du 14 février 2018, celui-ci avait totalement cessé de déployer ses effets au plus tard à fin avril 2018. Cet événement avait aggravé de manière très transitoire un état antérieur préexistant. Elle a précisé qu'un examen (personnel de l'assuré par ses soins) n'apporterait pas d'éléments supplémentaires. En effet, dans son opposition, l'assuré précisait que les soins avaient eu lieu au-delà du 30 avril 2018 jusqu'à l'été 2018 et les documents médicaux à disposition suffisaient pour se prononcer. Après avoir rappelé avec précision l'évolution du cas en fonction des documents médicaux au dossier, la Dresse H_____ a fondé son appréciation sur les documents et avis des médecins traitants successifs, à commencer par les renseignements fournis par le Dr E_____, puis sur les rapports du Dr F_____, de même que sur les rapports d'imagerie. Dans sa propre appréciation du 28 août 2018, elle avait retenu que l'assuré n'avait pas présenté de lésion pouvant être imputée à l'événement du 14 février 2018. Les radiographies cervicales et l'IRM cervicale étaient parfaitement dans la norme; quant à l'IRM dorso-lombaire, elle ne mettait en évidence que des lésions préexistantes d'origine dégénérative et sans aucun lien de causalité avec l'événement du 14 février 2018. La symptomatologie de lombosciatalgies L5 avait totalement disparu lors de la consultation initiale chez le Dr F_____, le 26 mars 2018 (recte : 2018), pour ne laisser place qu'à une lombalgie cinétique n'empêchant pas la reprise de l'activité professionnelle dès le 23 avril 2018. Dans son opposition, l'assuré n'apportait aucun élément médical pouvant conduire à une appréciation différente du cas.
17. La CNA a rejeté l'opposition, par décision sur opposition du 7 mai 2019. En substance, l'assureur-accidents, après avoir rappelé les faits et l'évolution des suites de l'événement du 14 février 2018, et exposé les principes légaux et jurisprudentiels applicables, ainsi que la teneur des appréciations médicales successives et les conclusions de son médecin d'arrondissement, laquelle s'était d'ailleurs essentiellement fondée sur les constatations et avis des médecins traitants et du dossier d'imagerie constitué, a observé que l'assuré n'apportait aucun élément objectif permettant de remettre en question les conclusions de la Dresse H_____, lesquelles reposaient sur une anamnèse complète, un examen complet du dossier médical, une discussion claire et cohérente du cas; et qui enfin étaient dûment motivées, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de s'en écarter. Elle a enfin rappelé que la décision de la CNA Lausanne de mettre fin aux prestations d'assurance ne tendait pas à considérer l'assuré comme asymptotique, mais à nier l'étiologie accidentelle des troubles persistant au-delà du 30 avril 2018. Cette décision a été en outre communiquée à I_____ et à la CNA Lausanne.

18. Par courrier du 30 mai 2019, l'assuré a recouru contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la CJCAS). Il a conclu implicitement à son annulation et à la prise en charge, par l'intimée, des frais médicaux restants. En substance, il réclamait la couverture des soins médicaux correspondant selon lui au sinistre et reprenait ses critiques à l'égard de M. G_____, collaborateur de la CNA. Il reproche en substance à l'intimée d'avoir clôturé la prise en charge des soins au 30 avril 2018, mais en ne l'en ayant informé que le 6 septembre 2018. Selon lui, la CNA utiliserait le résultat d'examens médicaux sollicités par son médecin traitant, pour déterminer si les symptômes décrits étaient ou non imputables à l'accident, mais refuse de prendre en charge les frais en découlant. Il allègue qu'entre le 30 avril et l'été 2018, il avait continué à s'adresser à son médecin traitant pour remédier à ses douleurs; que ce même médecin n'avait jamais exclu le lien avec l'accident; il sollicite enfin une « consolidation morale aux préjudices supportés ».
19. L'intimée a conclu au rejet du recours, par mémoire du 30 août 2019. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au service de ses prestations au 30 avril 2018, pour les suites de l'accident survenu le 14 février 2018. L'assuré n'apporte aucun élément objectif permettant de remettre en cause les conclusions dûment motivées du médecin d'arrondissement de la CNA, niant l'étiologie accidentelle des troubles persistant au-delà du 30 avril 2018. Se fondant sur les rapports médicaux successifs du Dr F_____, l'intimée considère que les critiques du recourant à son égard, respectivement à l'encontre de l'un de ses collaborateurs, ne sont pas fondées. Elle rappelle que le médecin traitant, dans son rapport médical intermédiaire du 4 avril 2018, mentionnait la reprise du travail à 100 % au 9 avril 2018, avec fin du traitement à cette date (« reprise du travail prévue après physio le 9/4/18 »). Or, le certificat médical corroborait les indications de l'assuré lors d'un entretien téléphonique antérieur (29 mars 2018) avec une collaboratrice de l'intimée, au cours duquel le recourant avait indiqué la reprise du travail à 100 % le 9 avril 2018, l'absence de contrôle médical prévu, et la fin de la physiothérapie à cette date. Dans ce contexte, la gestionnaire de l'intimée avait expliqué à l'assuré « la possibilité de clôture de son cas d'accident par statu quo » qui figure sur le document concerné. À réception d'un nouveau certificat d'incapacité de travail, à 50 % du 9 au 22 avril 2018, le collaborateur de l'intimée (M. G_____) s'était renseigné auprès de l'assuré pour lui demander des explications : le recourant avait confirmé que le traitement médical avait pris fin la veille (9 avril 2018). Puis, le 7 août 2018, le recourant avait adressé à la CNA le rapport de son médecin traitant du 31 juillet 2018, de sorte que le collaborateur susmentionné lui avait indiqué que des mesures d'instruction médicale s'avéraient nécessaires pour déterminer si la responsabilité de la CNA était engagée. Dans ce cadre, l'intimée a reçu l'IRM réalisée le 11 juin 2018, laquelle a confirmé l'absence de lésion structurelle pouvant être imputée à l'événement du 14 février 2018, fait précédemment mis en évidence par les radiographies du 23 février et l'IRM du 12 mars 2018. Ainsi les critiques du recourant à l'encontre du collaborateur

concerné ne sont pas fondées, dès lors que la lettre du 6 septembre 2018 s'insérait dans le prolongement des différents entretiens téléphoniques, eux-mêmes consécutifs aux nouveaux documents médicaux remis par l'assuré à l'intimée. Enfin, les conclusions du recourant tendant à une « consolidation moral[e] aux préjudices subis » sont irrecevables, dès lors qu'une indemnité à titre de réparation morale, si telle est la demande du recourant, n'est pas une prestation LAA.

20. Le recourant a répliqué par courrier du 24 septembre 2019. Il persiste dans ses conclusions précédentes et réclame la somme supplémentaire de CHF 500.- en guise de dédommagement moral. En substance, il s'insurge contre les allégués de l'intimée qui selon lui reviennent à lui imputer d'avoir voulu résoudre, à travers l'événement du 14 février 2018, un état antérieur préexistant. Il rappelle à cet égard que les symptômes sont apparus également dans des zones corporelles distinctes, à savoir les épaules, les cervicales, les yeux, qui ne s'apparentent pas aux lésions structurelles préexistantes annoncées, qui ont été guéries et consolidées à une période antérieure; ce qui lui avait permis de travailler convenablement et sans gêne, malgré une activité impliquant un engagement physique certain. Une prescription de physiothérapie datant du 26 juillet 2018 pour la scapulalgie post-traumatique résiduelle d'origine musculaire avait été établie, dans le prolongement de l'ordonnance précédente. Il en déduit que cette prescription était nécessaire, pour la suite du traitement. Il reprend pour le surplus globalement ses arguments précédents.
21. L'intimée a brièvement observé, par courrier du 23 octobre 2019, que le recourant n'alléguait aucun élément nouveau, dans sa réplique, de sorte qu'elle renvoyait à sa réponse au recours. Comme précisé aux termes de la décision litigieuse du 7 mai 2019, la décision de mettre fin aux prestations d'assurance ne tend pas à considérer le recourant comme asymptotique, mais à nier l'étiologie accidentelle des troubles persistant au-delà du 30 avril 2018.
22. Sur quoi, les parties ont été informées que la cause était 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 - 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.

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 délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles présentés au-delà du 30 avril 2018 sont en lien de causalité avec l'accident du 14 février 2018, singulièrement de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a mis fin à ses prestations au 30 avril 2018.
5. 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 LPGA).

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).

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 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).

c. 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 une 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).

Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).

d. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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).

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 cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un

traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 117 V 359 consid. 6a; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2; sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb).

Selon la pratique du coup du lapin, l'examen de ces critères doit se faire au moment où aucune amélioration significative de l'état de santé de l'assuré ne peut être attendue de la poursuite du traitement médical relatif aux troubles typiques du coup du lapin - dont les composantes psychologique et physique ne sont pas facilement différenciées - (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et consid. 6.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_303/2017 consid. 4.1) ou, autrement dit, du traitement médical en général (« ärztlichen Behandlung insgesamt » une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (RUMO-JUNGO / HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG] 2012 ad art. 6 p. 60).

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 crânio-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; ATF 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).

6. a. 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).

- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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).

c. 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).

d. 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).

e. 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).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. 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).

7. 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).

8. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).
9.
 - a. En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que la CNA a mis fin au service de ses prestations légales à fin avril 2018, ce que conteste le recourant.
 - b. L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations qu'il avait initialement reconnues en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale), sauf s'il réclame les prestations allouées (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8; arrêt du Tribunal fédéral 8C_3/2010 du 4 août 2010 consid. 4.1). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). Le Tribunal fédéral des assurances a précisé en outre que les frais de traitement et l'indemnité journalière ne constituent pas des prestations durables au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, de sorte que les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (cf. ATF 137 V 424 consid. 3.1 et la référence) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7). En revanche, l'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1). La jurisprudence réserve les cas dans lesquels le droit à la protection de la bonne foi s'oppose à une suppression immédiate des prestations par l'assureur-accidents (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

c. L'assuré conteste la décision de la CNA d'avoir mis fin à ses prestations légales, soit en l'occurrence la prise en charge des frais médicaux, au-delà du 30 avril 2018, en se fondant sur l'appréciation médicale de la Dresse H_____. Le recourant reprend l'argumentation qu'il avait soutenue sur opposition, par rapport à la première appréciation et prise de position de ce médecin d'arrondissement, en août 2018, contestant cette fois sur recours la décision entreprise fondée sur la seconde appréciation dudit médecin d'arrondissement, faite dans le cadre de l'instruction de l'opposition. Il y a dès lors lieu d'examiner si l'on peut reconnaître une pleine valeur probante à l'appréciation de ce médecin, interne à l'assureur-social.

d. On rappellera tout d'abord le contexte dans lequel la CNA a finalement dû soumettre le cas à la Dresse H_____. L'instruction médicale menée par la CNA a révélé que l'assuré, alors qu'il se trouvait, le 14 février 2018, au volant de son véhicule, dans le parking d'un centre commercial en France voisine dans la région de Genève, à l'arrêt pour laisser passer un piéton, a été percuté par l'arrière par un véhicule qui le suivait. Il avait consulté un médecin pour la première fois après l'accident le 16 février 2018, deux jours après l'évènement, décrivant un mécanisme d'hyperextension et hyperflexion (type « coup du lapin »). Globalement l'état de santé de l'assuré a évolué rapidement de façon favorable, puisqu'il a pu reprendre son activité professionnelle à 100% à l'issue du délai de 10 jours d'arrêt de travail prescrit par le médecin consulté (Dr E_____). Il n'y avait pas lieu d'avoir des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs, au sens de la jurisprudence rappelée précédemment. L'intéressé avait en effet repris le travail à plein temps le 26 février 2018, mais il avait été licencié avec effet immédiat pour fautes graves répétées le 2 mars 2018. Il avait toutefois reconsulté son médecin le 8 mars 2018, ce dernier prescrivant, au vu de douleurs persistantes dont se plaignait le patient, une IRM lombaire effectuée le 12 mars 2018 qui avait toutefois révélé un discret tassement connu de D4 sans recul du mur postérieur ni myélopathie en regard, et un état dégénératif préexistant. Le médecin avait prescrit des AINS et de la physiothérapie pour une décontraction musculaire, et prolongé l'arrêt de travail avec effet rétroactif pour un mois, du 26 février 2018 jusqu'au 26 mars 2018. L'assuré s'était entretenu inscrit au chômage. À l'issue de l'arrêt de travail prolongé, l'assuré a expliqué qu'en l'absence de son médecin traitant, il avait - afin de savoir s'il pouvait à nouveau travailler - dû consulter en urgence un autre médecin, à Genève, lequel avait prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 8 avril avec un retour à une CT complète dès le 9 avril. Selon les explications du recourant, cette prolongation de l'arrêt de travail devait lui permettre de terminer ses séances de physiothérapie. Pour les motifs relevés précédemment, dans l'exposé des faits, contrairement à ce qui avait été prévu, soit le retour à une pleine CT dès le 9 avril 2018, le médecin traitant avait encore prescrit un arrêt de travail à 50 % du 9 au 22 avril, avec reprise de la CT à 100 % dès le 23 avril, le traitement médicamenteux et la physiothérapie étant alors terminés. C'est dans ce contexte que de facto la CNA avait mis un terme à ses prestations à fin avril 2018, comme elle en avait d'ailleurs informé l'assuré lors des entretiens téléphoniques successifs, survenus

dans le courant du mois d'avril 2018 en particulier. C'est en revanche à début août 2018, alors qu'il ne s'était plus manifesté auprès de la CNA depuis le mois d'avril 2018, que l'assuré a repris contact avec l'assurance-accidents en lui indiquant que son traitement n'avait en réalité jamais pris fin, et qu'il lui communiquerait le jour-même l'attestation à qui de droit établie à sa demande par son médecin traitant, le 31 juillet 2018. C'est dans ce contexte, qu'après avoir sollicité des informations complémentaires du médecin traitant, la CNA avait été amenée à soumettre le dossier à son médecin d'arrondissement.

Dans sa première appréciation, du 28 août 2018, la Dresse H_____ s'était déterminée sur la base du dossier, répondant clairement aux questions posées par le gestionnaire de la CNA : aucune lésion structurelle n'était imputable à l'événement du 14/02/2018. L'assuré n'avait pas présenté de lésion structurelle ni au niveau cervical, ni lombaire, ni sur le plan ostéoarticulaire. L'IRM cervicale était parfaitement normale, et montrait des lésions préexistantes qui n'étaient pas d'origine traumatique. Aucun traitement ne serait susceptible d'améliorer notablement l'état de santé de l'assuré. S'agissant de la question de l'éventuelle responsabilité encore actuelle de la CNA, le médecin d'arrondissement avait répondu négativement : vu l'absence de lésion structurelle, un coup du lapin simple (avec une IRM normale) guérissait en quelques semaines, voire en 3 à 6 mois au maximum dans les cas les plus graves. Dans cette situation, le médecin traitant retenait qu'il n'y avait plus d'origine traumatique ou de douleurs se situant entre les omoplates et il les attribuait à une origine musculaire. Selon ce même médecin, la CT avait été retrouvée à 100% le 23 avril 2018. Le traitement était terminé. Toutefois, l'assuré s'était plaint lors du contrôle du 26 juillet 2018 de sensations de pincement dans la région interscapulaire. Ce symptôme n'était pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement incriminé. Par conséquent, on pouvait considérer que l'événement avait totalement cessé de déployer ses effets au plus tard à fin avril 2018. Certes cette appréciation se limitait pour l'essentiel à répondre aux questions posées par le gestionnaire; néanmoins les réponses sont claires et motivées, et laissent transparaître une pleine connaissance du dossier. Du reste la Dresse H_____ se fondait sur les documents médicaux émanant des médecins traitants successifs du recourant, de même que sur les documents d'imagerie et rapports d'interprétation de ceux-ci, de sorte que de manière cohérente elle arrivait à la conclusion que les plaintes du patient, apparues lors du contrôle de fin juillet 2018, soit des sensations de pincement dans la région interscapulaire, ne constituaient pas des symptômes en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 14 février 2018; et d'autre part, qu'en l'absence de lésion structurelle, un coup du lapin simple comme dans le cas d'espèce, avec une IRM normale, guérissait en quelques semaines voire entre 3 et 6 mois pour les cas plus graves. L'événement du 14 février avait donc totalement cessé de déployer ses effets délétères au plus tard à fin avril 2018.

Dans sa seconde appréciation (du 25 avril 2019), établie à la demande de la CNA en raison de l'opposition de l'assuré contre la décision du 17 janvier 2019, la Dresse H_____ a retracé par le détail et de manière chronologique l'évolution du cas, s'appuyant sur les rapports médicaux successivement versés au dossier, en les décrivant et commentant brièvement; elle a procédé à une appréciation détaillée et motivée du cas, rappelant notamment que dans son appréciation du 28 août 2018, se fondant notamment sur les radiographies cervicales et l'IRM cervicale (parfaitement dans les normes) et sur l'IRM dorso-lombaire (ultérieure) - qui ne mettait en évidence que des lésions préexistantes d'origine dégénérative et sans aucun lien de causalité avec l'événement du 14 février 2018 -, elle avait retenu que l'assuré n'avait pas présenté de lésion structurelle imputable à l'événement du 14 février 2018. Elle avait retenu notamment les conclusions que l'on devait tirer des examens d'imagerie. Elle observait par ailleurs que la symptomatologie de lombosciatalgies L5 avait totalement disparu lors de la consultation initiale chez le Dr F_____, le 26 mars 2018, pour ne laisser place qu'à une lombalgie cynétique n'empêchant pas la reprise de l'activité professionnelle le 23 avril 2018. Elle avait par conséquent, et au vu de l'absence de tout élément nouveau susceptible de modifier son appréciation, dans le cadre de l'opposition de l'assuré, confirmé les conclusions de sa précédente appréciation, en observant que l'événement du 14 février 2018 avait aggravé de manière très transitoire un état préexistant à l'événement incriminé. Elle a en revanche précisé qu'un examen personnel de l'assuré par ses soins n'apporterait pas d'éléments supplémentaires. En effet, l'assuré avait précisé dans le cadre de son opposition que les soins avaient eu lieu au-delà du 30 avril 2018 jusqu'à l'été 2018 et les documents à disposition de l'examinatrice étaient suffisants pour qu'elle puisse valablement se prononcer.

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans reconnaît à l'appréciation de la Dresse H_____ une pleine valeur probante, considérant que ses rapports successifs aboutissent à des résultats convaincants, s'inscrivant dans le suivi de l'évolution du cas, en pleine connaissance du dossier, à des conclusions sérieusement motivées, ne contenant aucune contradiction, aucun indice permettant de mettre en cause leur bien-fondé, d'autant que ses conclusions rejoignent - sinon ne divergent pas - des constatations et conclusions des médecins traitants consultés par le recourant.

De son côté, le recourant n'a apporté dans son argumentation aucun élément susceptible de soulever le moindre doute quant à la pertinence de l'appréciation et des conclusions du médecin d'arrondissement, étant rappelé à ce sujet que selon la jurisprudence, pour que l'impartialité de l'examineur, médecin interne à l'assurance, puisse être mise en doute, on doit être en présence d'indices concrets objectivement démontrables, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Le recourant n'a en effet apporté aucun élément objectif, émanant notamment de son médecin traitant, qui remettrait en cause de manière objective les conclusions du médecin d'arrondissement, le recourant s'étant limité à fonder son argumentation sur le fait

que ses douleurs étant, selon lui, apparues après l'événement du 14 février 2018, c'était donc cet accident qui en était la cause. Or, selon la jurisprudence rappelée précédemment, 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).

On relèvera à ce sujet que le recourant n'a pas toujours été constant dans ses explications : il résulte en effet des réponses que le Dr E_____ a fournies à l'intimée, en remplissant précisément le formulaire dédié à consigner lors de la première consultation après un mécanisme de « coup du lapin ou analogue », les symptômes éventuels décrits par le patient, voire les signes objectifs constatés par le médecin, que le patient avait répondu négativement à toutes les rubriques relatives à des plaintes ayant nécessité un traitement avant l'accident (voir ci-dessus En fait ad ch. 2 § 2). Or, ce n'est que par la suite, confronté aux résultats de l'imagerie qui montraient des affections d'origine dégénérative antérieure et connues, qu'il a admis, notamment lors d'entretiens téléphoniques des 22 et 29 mars 2018 (voir ci-dessus En fait ad ch. 5 et 6) avec Madame J_____, collaboratrice de la CNA, - à l'égard de laquelle le recourant ne formule d'ailleurs aucune critique - qu'il y avait 8 à 9 mois, suite à un tassement de vertèbres il avait déjà souffert du dos, mais depuis cet épisode jusqu'à l'accident du 14 février 2018 il n'avait pas ressenti de douleurs dorsales. Selon lui, victime d'un coup du lapin le 14 février 2018, la tension de la nuque avait réveillé ses douleurs de type sciatique.

Enfin, il y a également lieu de relever que l'assureur-maladie LAMal du recourant, I_____, a reçu notification tant de la décision du 17 janvier 2019 que de celle, sur opposition, du 7 mai 2019; qu'il a eu à disposition le dossier CNA de l'assuré, et qu'il n'a pas formé opposition à la première, ni recours contre la seconde qui mettaient un terme au versement des prestations de l'assureur-accidents. Il admettait ainsi qu'au-delà du 30 avril 2018, la symptomatologie encore existante relevait de la maladie et non plus de l'accident.

Ainsi, au vu de ce qui précède, les griefs du recourant sont mal fondés; la décision entreprise n'était pas critiquable.

10. Enfin, les autres critiques du recourant à l'encontre de l'intimée et plus particulièrement à l'égard de l'un de ses collaborateurs ne sont pas justifiées non plus. En effet, les démarches téléphoniques entreprises par le collaborateur en question, auprès de l'assuré, n'avaient rien de critiquable : avant lui, plusieurs autres collaboratrices de l'intimée avaient procédé de la même manière; par rapport à un cas qui ne présentait pas de difficultés particulières, dont l'évolution avait rapidement été favorable, la gestion de ce sinistre de cette manière-là était pleinement justifiée. La chambre de céans constate à ce sujet que l'instruction du dossier respectait pleinement les exigences de l'art. 43 al. 1 LPGA qui prévoit que

l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin; et que les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit.

11. Au vu de ce qui précède, le recours, entièrement mal fondé, est rejeté.
12. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**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. 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

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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