



POUVOIR JUDICIAIRE

A/2510/2015

ATAS/919/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 octobre 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à ANNEMASSE, France,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Agrippino RENDA

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana
DORDEA, Juges assesseures**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), ressortissant français né le _____1969, a travaillé du 1^{er} avril 2013 au 29 août 2014 pour B_____ SA, en qualité d'ouvrier. À ce titre, il était assuré auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la SUVA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles.
2. Le 14 mars 2014, alors que l'assuré travaillait sur une passerelle métallique d'un chantier, à environ 3 m du sol, celle-ci a cédé sous son poids et il a chuté. Il s'est aussitôt plaint de douleurs aiguës dans le dos, les jambes et la cheville gauche et a été emmené au service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) où les diagnostics de contusions traumatiques post-chute et de traumatisme crânien sans perte de connaissance ont été posés.
3. Dans un rapport du 26 juillet 2014, la doctoresse C_____, médecin généraliste FMH, a posé les diagnostics de déchirure de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche, lésion partielle de l'insertion du muscle gastrocnémien interne gauche, status post fracture des apophyses transverses en L5 des deux côtés (ddc), status post entorse cervicale, syndrome du tunnel carpien droit et état de stress post-traumatique. Elle avait constaté une lente évolution des cervico-dorso-lombalgies et une discrète amélioration des amplitudes cervicales. L'assuré était incapable de travailler pour une durée indéterminée.
4. Le 3 septembre 2014, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de déchirure symptomatique du ménisque interne du genou gauche. L'IRM avait montré une déchirure claire et instable du ménisque, pour laquelle une exploration arthroscopique et une résection a minima étaient indiquées.
5. Dans un rapport du 20 septembre 2014, la Dre C_____ a mentionné les diagnostics de gonalgies et de déchirure méniscale interne, rappelant pour le surplus les diagnostics déjà évoqués le 26 juillet 2014. Les gonalgies persistaient, mais les douleurs cervico-lombaires s'étaient améliorées. L'assuré attendait la convocation des HUG pour une arthroscopie du genou gauche.
6. Le 18 décembre 2014, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a fait état d'une déchirure de grade III de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche, nécessitant une arthroscopie dudit genou.
7. Le 18 décembre 2014, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève.
8. Par rapport du 22 janvier 2015, Madame F_____, psychologue-psychothérapeute FSP, et la Dre C_____ ont indiqué suivre l'assuré depuis le 23 avril 2014, suite à son accident de travail du 14 mars 2014. Il présentait depuis lors de nombreuses douleurs au niveau du genou, de la colonne vertébrale (dos et cervicales) ainsi que d'importantes angoisses. L'assuré se sentait isolé socialement, ses relations avec sa

famille proche n'étaient plus bonnes et sa perception de lui-même et de son avenir était très négative. Il présentait des symptômes dépressifs et anxieux s'agissant de son avenir professionnel et familial et avait le fort sentiment qu'il aurait pu mourir en tombant non loin de structures métalliques avec des pics. Son employeur et ses collègues lui avaient fait comprendre qu'ils pensaient qu'il s'était laissé tomber. Par la suite, il avait été licencié. Sa situation familiale s'était également dégradée, l'assuré vivant actuellement séparé de son épouse et leurs quatre enfants, qui étaient domiciliés en France voisine alors que lui-même était obligé de rester à Genève, afin de rester proche de ses médecins. Ses troubles étaient en lien avec l'accident assuré et la suite des événements avec son employeur. L'accident et le licenciement avaient amené l'assuré à se dévaloriser fortement. Son état psychique était étroitement lié à l'évolution de ses douleurs au niveau cervical et dorsal et à la récupération de ses capacités.

9. L'assuré a séjourné à la clinique romande de réadaptation (ci-après CRR) du 13 janvier au 10 février 2015 pour des thérapies physiques et fonctionnelles en lien avec ses douleurs chroniques du genou gauche. Selon le rapport du 17 février 2015, les diagnostics étaient : gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante des deux genoux, cervicalgies chroniques, hernie discale postéro-médiane C3-C4, lombalgies chroniques et discrets troubles dégénératifs lombaires bas. Les comorbidités retenues étaient une discrète souffrance sensitivo-moteur du nerf médian à droite, une obésité et du tabagisme actif.

Les médecins ont procédé à un examen clinique à l'entrée et à la sortie, qu'ils ont décrit dans leur rapport, précisant, notamment, que tous les signes et symptômes de Waddell avaient été retrouvés. Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient, selon eux, pas principalement par les lésions objectives constatées. S'agissant du genou gauche, les discordances étaient importantes. La hernie discale n'avait pas joué pas de rôle lors du séjour. La corrélation radio-clinique était également mauvaise s'agissant du dos. Des facteurs contextuels (litige en cours avec l'employeur, problèmes familiaux, absence de contrat de travail, catastrophisation et kinésiophobie élevée, patient très centré sur la douleur) jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles et influençaient négativement le retour au travail. Les douleurs au genou et au bas du dos étaient restées inchangées. Il y avait toutefois un point positif avec l'abandon d'une canne et du collier cervical. L'atteinte au niveau du tunnel carpien ne justifiait rien pour le moment et les plaintes y relatives étaient susceptibles de régresser avec le temps, après un sevrage complet des cannes. La participation de l'assuré aux thérapies avait été moyenne. Aucune intervention chirurgicale n'était indiquée pour son genou, une arthroscopie étant susceptible de déclencher un nouveau cycle de douleurs. Seul un programme de rééducation bien suivi pouvait entraîner une meilleure utilisation du genou. Le pronostic de réinsertion tant dans l'ancienne activité que dans une activité nouvelle moins exigeante physiquement était défavorable.

10. La SUVA a soumis le rapport de la CRR à ses médecins d'arrondissement et leur a demandé de se prononcer sur la question de la causalité naturelle :
- Dans son appréciation du 20 mars 2015, le docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a relevé que le rapport de la CRR avait été établi après le rapport de la psychologue de l'assuré. Dès lors que les médecins de la CRR n'avaient pas retenu de diagnostic sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas lieu de se poser la question de la causalité naturelle.
 - Quant au Dr H_____, il a considéré le 25 mars 2015 que la symptomatologie présentée par l'assuré n'était pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'événement assuré du 14 mars 2014. Une incapacité de travail pouvait être retenue mais elle était sans lien avec l'accident assuré, dans la mesure où l'assuré était porteur d'une gonarthrose des deux genoux, d'un syndrome du tunnel carpien et d'anomalies dégénératives de la colonne vertébrale, sans déstabilisation déterminante. Dans les suites de l'accident assuré, la situation était stabilisée, dès lors qu'il n'existait pas de lésion pouvant aggraver d'une façon déterminante une pathologie ancienne.
11. Par décision du 21 avril 2015, la SUVA a mis un terme avec effet immédiat à la prise en charge du traitement médical et avec effet au 1^{er} mai 2015 pour les indemnités journalières, dès lors que selon le Dr H_____, les troubles subsistants n'étaient plus dus à l'accident mais relevaient de la maladie.
12. Le 18 mai 2015, l'assuré a formé opposition à la décision précitée.
13. La SUVA a écarté l'opposition précitée par décision sur opposition du 11 juin 2015.
14. Le 20 juillet 2015, l'assuré a interjeté recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision sur opposition de la SUVA, concluant, sous suite de frais et dépens, à la réalisation d'une ou plusieurs expertises complémentaires, à l'audition de témoins, à l'annulation de la décision querellée et à ce qu'il soit dit que les prestations d'assurance étaient dues au-delà du 21 avril 2015 et pour une durée indéterminée. Il reprenait, en substance, les arguments déjà invoqués dans son opposition.
15. Par complément au recours du 6 novembre 2015, le recourant a notamment fait valoir que sa chute revêtait un caractère particulièrement impressionnant et devait être considérée comme la cause unique de son handicap actuel et de ses importantes douleurs. L'examen effectué par la SUVA était par conséquent hâtif et lacunaire.

En annexe au recours figuraient les pièces suivantes :

- Un courrier rédigé le 26 octobre 2015 par le docteur I_____, chirurgie orthopédique et traumatologie, dont il ressort que ce dernier estimait que les lombalgies du recourant étaient la conséquence des fractures des apophyses, étant donné qu'auparavant, celui-ci n'avait jamais souffert de douleurs ou de problèmes au niveau du dos ou du genou.

- Une attestation du 29 octobre 2015, dans laquelle le docteur J_____ indiquait avoir été le médecin traitant de l'assuré entre 1996 et 2010 et n'avoir jamais dû le traiter pour un problème rachidien et ostéo-articulaire.
- 16. L'intimée a répondu le 15 janvier 2016 que le recourant n'apportait aucun élément nouveau susceptible de remettre en cause la décision sur opposition, de sorte que le recours devait être rejeté. La décision contestée reposait sur l'appréciation du Dr H_____, qui avait considéré que la symptomatologie actuelle n'était pas en rapport de causalité avec l'accident assuré et ses conclusions emportaient pleinement conviction.
- 17. Par ordonnance du 22 décembre 2016, la chambre des assurances sociales a ordonné une expertise orthopédique qu'elle a confiée au docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, exerçant à l'HFR Fribourg - Hôpital cantonal, considérant que la décision attaquée reposait sur une instruction manifestement insuffisante, qui ne lui permettait pas de se prononcer sur le retour à un statu quo avec la vraisemblance prépondérante valant en la matière. La chambre de céans précisait qu'une expertise psychiatrique ne se justifiait pas, dès lors qu'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les éventuels troubles psychiques de l'assuré devait être nié.
- 18. Les Drs L_____ et K_____, avec la collaboration du docteur M_____ pour la problématique du genou, ont procédé à l'expertise du recourant. À teneur de leur rapport du 24 mai 2017, ils se sont fondés sur le dossier de celui-ci et l'imagerie médicale. Le rapport comprend une anamnèse personnelle et sociale, un résumé du dossier radiologique, les plaintes actuelles de l'expertisé et un status clinique de la colonne cervicale, dorsale et lombaire ainsi que de genou gauche. Les experts ont relevé que l'expertisé se plaignait actuellement de douleurs cervico-dorso-lombaires diffuses, plutôt paravertébrales, entravant sa mobilité. Les douleurs étaient principalement lombaires, mais irradiaient dans toute la colonne. Il présentait également des douleurs importantes au genou gauche, nécessitant une canne.

Après analyse des examens radiologiques, les experts infirmaient le diagnostic de fracture des apophyses transverses L5 ddc, car le CT total body du 15 mars 2014 ne montrait pas cette lésion. Ils posaient le diagnostic de contusion dorso-lombaire sur choc direct, sans lésion osseuse, ce qui n'avait en général pas de répercussion sur la capacité de travail durant plus de six semaines après le traumatisme. Les experts notaient une importante somatisation et démonstration de l'expertisé, qu'ils ne corrélaient pas avec une atteinte organique objectivable.

Ils retenaient une rétractation de la chaîne musculaire postérieure et un déconditionnement du genou gauche de l'expertisé, relevant une discordance des intervenants concernant ce genou. Les médecins de la SUVA ainsi que l'IRM de janvier 2015 et les rapports du Dr N_____ de janvier et février 2015 ne confirmaient pas l'existence de la déchirure méniscale évoquée par les Drs C_____ et E_____. Les experts ne retrouvaient pas de déficit neurologique ou de limitation

à la mobilité de tous les segments testés. L'examen orthopédique du genou gauche révélait une fonction ligamentaire et méniscale mécanique dans les limites physiologiques. Le recourant ne présentait pas un état maladif antérieur au 14 mars 2014. L'accident était à l'origine d'un processus de maladie de l'expertisé, dont l'origine organique au niveau de la colonne n'était pas retrouvée. Une somatisation importante avait été déclenchée à la suite de l'accident.

Concernant le genou gauche, une marche avec boiterie, associée ou non à la déambulation avec la canne, avait généré un flexum de ce genou. Ce flexum se traduisait actuellement par la rétractation des chaînes musculaires postérieures ainsi qu'un déconditionnement du genou, lesquels pouvaient parfaitement expliquer la symptomatologie actuelle. Dès lors, l'accident initial, qui consistait en un choc direct du genou, ne pouvait pas être imputé à la symptomatologie présentée à ce jour par l'expertisé.

Il existait probablement un contexte bio-psycho-social (assuré d'origine étrangère, frontalier, de bas niveau social et intellectuel et travailleur manuel) qui avait contribué à la survenue de l'atteinte. Il était difficile d'affirmer que l'accident avait déclenché un processus qui serait survenu sans un événement déclencheur.

Pour la colonne, au vu du diagnostic posé, après six semaines à deux mois de l'accident, il était vraisemblable que les facteurs étrangers étaient devenus prépondérants sur l'état de santé. La boiterie persistante ainsi que la rétraction des chaînes musculaires postérieures pouvaient être apparues trois à six mois après la déambulation non physiologique.

Les traitements prodigués avaient été principalement médicamenteux et fonctionnels avec de la physiothérapie et, au début, une collerette-mousse et un corset lombaire. L'expertisé avait également bénéficié d'un séjour à la CRR. Du point de vue de la colonne, il n'y avait pas eu de prise en charge autre que fonctionnelle. Une indication d'arthroscopie du genou gauche avait été posée au début, mais n'avait pas été réalisée. Il existait des contradictions sur ce point. Une prise en charge globale de la douleur devait être effectuée chez l'expertisé avec, notamment, un soutien psychologique. Le pronostic était réservé. L'expertisé nécessitait une évaluation ainsi qu'un traitement global et multifactoriel afin d'espérer une amélioration de son état de santé. Les limitations fonctionnelles avaient trait aux blocages de l'expertisé. Il n'y avait pas de cause organique à sa limitation. Du point de vue lombaire, il était apte à travailler à 100% dans n'importe quel domaine.

Concernant l'articulation du genou gauche, il n'y avait pas d'atteinte ligamentaire, méniscale ou cartilagineuse pouvant justifier un arrêt de travail. Dès lors, l'expertisé était considéré apte à travailler à 100% dans son activité habituelle et dans une activité adaptée. Les diagnostics retenus n'entraînaient pas une incapacité de travail durable.

Les experts ont ajouté que le bilan radiologique faisait état d'une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne, ce qui pouvait se retrouver de façon asymptomatique chez une bonne part de la population. La lésion n'était, à leur sens, pas associée à l'accident et ne nécessitait pas une prise en charge chirurgicale. Un traitement conservateur par relâchement régulier des chaînes musculaires postérieures par l'expertisé lui-même, de façon quotidienne, était indispensable.

19. Le 21 juin 2017, l'intimée a persisté dans ses conclusions, considérant que l'expertise judiciaire avait pleine valeur probante.
20. Le 30 août 2017, le recourant a contesté les conclusions de l'expertise et conclu à ce que qu'une contre-expertise soit ordonnée.
21. Le 13 novembre 2017, le conseil du recourant a informé la chambre de céans qu'il persistait dans sa demande d'audition de témoins et de contre-expertise.
22. Le 2 mai 2018, la chambre de céans a posé des questions complémentaires au Dr M_____, qui n'a pas répondu aux questions posées, malgré plusieurs relances.
23. Le 4 décembre 2018, la chambre de céans a convoqué les Drs K_____ et M_____ à une audience d'enquête fixée au 16 janvier 2019.
24. Le Dr K_____ a informé la chambre le 6 décembre 2018 du fait qu'il ne pourrait pas de présenter à l'audience.
25. Lors de l'audience du 16 janvier 2019, le Dr M_____ a confirmé le diagnostic de contusion après l'accident, qui devait guérir en quatre à huit semaines pour être large, selon son expérience professionnelle. Si l'on marchait avec un flexum pendant plusieurs semaines en utilisant des cannes, sans tendre la jambe pendant le déroulement du pas, on arrivait rapidement à un déconditionnement du genou et à un rétrécissement des chaînes musculaires postérieures. Si la situation se péjorait, on arrivait à un déconditionnement, qui était toutefois passager dans le temps, car il pouvait être traité par physiothérapie. Si le flexum perdurait sur deux ou trois ans, il y avait un déconditionnement massif du membre inférieur et une perte de masse musculaire du quadriceps, ce qui n'avait pas été constaté sur le recourant, lors de l'expertise. Le médecin confirmait en conséquence sa conclusion selon laquelle la rétractation de la chaîne musculaire et le déconditionnement du genou gauche du recourant n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 14 mars 2014.

Une symptomatologie douloureuse pouvait persister sans substrat physique. La chirurgie pouvait péjorer l'évolution et n'était pas recommandée. On pouvait en revanche proposer un traitement pour redynamiser les membres inférieurs et renforcer la proprioception et coordination. Il fallait s'éloigner de l'articulation du genou et prendre en compte l'ensemble de la jambe. Cela pouvait être fait par physiothérapie, balnéothérapie etc.

Vu le diagnostic de contusions du genou, le recourant aurait en principe dû utiliser ses cannes pendant huit semaines au maximum, pour autant qu'il ait eu une

démarche correcte. En l'occurrence, la situation avait notamment été prolongée par la contusion du rachis lombaire que le recourant avait subi. Si l'on prenait en compte cette dernière, qui restait également du domaine contusionnel, le délai pour la récupération serait de trois à six mois au maximum. Les douleurs qui persistaient ensuite ne pouvaient plus être considérées comme étant la conséquence de l'accident mais relevaient de la maladie de l'appareil locomoteur. Il y avait un facteur d'amplification des conséquences lors de plusieurs contusions, ce qui expliquait le délai de récupération de trois à six mois au maximum alors que prise séparément la récupération de chaque contusion était plus courte.

Dans le cas d'espèce, on aurait pu s'attendre à un abandon des cannes après deux mois du point de vue du genou, pris de façon isolée. En tenant compte de l'ensemble de la situation, ce délai était prolongé de trois à six mois.

La lésion méniscale ne pouvait pas avoir été générée directement par l'accident du fait de sa configuration. L'accident avait pu possiblement péjorer une lésion méniscale existante, mais il ne l'avait pas rendue symptomatique, faute de présence de fragments libres dans l'articulation et de blocage de cette dernière. Le Dr M_____ excluait catégoriquement le lien de causalité entre l'accident et la lésion méniscale.

Il avait participé à l'expertise en tant que spécialiste du genou, mais sa formation lui permettait néanmoins de s'exprimer sur la contusion dorso-lombaire. Il confirmait qu'une telle contusion sur choc direct sans lésion osseuse n'avait en général pas de répercussion sur la capacité de travail durant plus de six semaines après le traumatisme, au maximum huit semaines.

26. Le 15 février 2019, le recourant a demandé l'audition du Dr K_____ pour qu'il s'exprime sur le contenu de l'expertise du 14 mars 2017, en particulier, sur la nature et la gravité de l'atteinte qu'il avait subie au genou gauche ainsi que sur la nature et les conséquences de ses contusions dorso-lombaires. Il persistait en l'état dans ses conclusions.
27. Le 15 mars 2019, le recourant a ajouté qu'il souffrait d'un état dépressif persistant en lien avec ses douleurs continues, qui était la conséquence directe de l'accident du 14 mars 2014.
28. Le 15 mai 2019, le conseil du recourant a indiqué qu'il lui avait été impossible de s'entretenir avec le recourant et que d'après ses informations celui-ci serait toujours en soins et cela jusqu'au 31 mai 2019.
29. Suite à cinq demandes de prolongations accordées au recourant, la chambre a refusé, le 2 juillet 2019, d'en accorder une sixième et a gardé la cause 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre

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

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

2. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge au-delà du 1^{er} mai 2015 des prestations de l'intimée en lien avec son accident du 14 mars 2014.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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'évènement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement 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 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'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet

entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré.

Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'évènement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005).

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est

plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

6. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).
7. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 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 toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
- 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

c. 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.

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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).

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 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_369/2008 du 5 mars 2009 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. La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation pour les parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles

risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 30 novembre 2004 consid. 1.3).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 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).

12. a. En l'espèce, le rapport d'expertise du 24 mai 2017 est fondé sur un dossier médical et radiologique complet. Il contient une anamnèse personnelle et sociale, les plaintes actuelles du recourant ainsi qu'un status clinique de sa colonne cervicale, dorsale et lombaire et de son genou gauche. Les experts ont posé leurs diagnostics en motivant ceux-ci. Ils ont répondu aux questions posées dans la mission d'expertise et leurs réponses sont convaincantes. La chambre de céans a posé des questions complémentaires au Dr M_____ s'agissant du genou du recourant, lequel y a répondu, certes tardivement, mais de façon convaincante. L'expertise du 14 mars 2017 répond ainsi aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante.
- b. Il n'y a dès lors pas lieu d'entendre encore le Dr K_____, les faits de la cause étant suffisamment établis par son rapport écrit, qui n'appelle pas d'autres questions que celles qui ont été posées au Dr M_____. La chambre ne donnera ainsi pas suite à la demande d'instruction complémentaire du recourant.
- c. Sur la base de l'expertise, il convient de retenir que les troubles somatiques de celui-ci postérieurs au 1^{er} mai 2015 ne présentaient plus de cause accidentelle et c'est donc à juste titre que l'intimée a refusé ses prestations au-delà de cette dernière date s'agissant de ces troubles.
- d. S'agissant des troubles psychiques, la chambre de céans reprendra ci-après les considérants déjà développés dans son ordonnance d'expertise.

La problématique du lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et les éventuels troubles psychiques du recourant encore existant au jour de la décision querellée et, partant, de la valeur probante du rapport de la CRR et de l'appréciation du Dr G_____, peut rester ouverte, étant donné que la condition de la causalité adéquate n'est pas remplie. Le cas du recourant doit être examiné en application des critères définis à l'ATF 115 V 133, en tenant compte des seuls troubles physiques consécutifs à l'accident assuré. En effet, l'intensité du traumatisme cranio-cérébral qu'il a subi n'atteint pas le seuil de la contusion cérébrale pour que les critères de l'ATF 117 V 359, applicables notamment en cas de traumatisme cranio-cérébral, trouvent application. Cela étant précisé, il y a désormais lieu de qualifier l'accident en question. Au vu de la jurisprudence en la matière, l'accident dont a été victime le recourant peut au maximum être qualifié de gravité moyenne *stricto sensu*, le recourant ayant chuté d'une hauteur de 3 m, ce qui n'est pas contesté. L'accident devant être considéré comme étant de gravité moyenne *stricto sensu*, au moins trois des critères jurisprudentiels doivent être remplis, un seul étant toutefois suffisant s'il revêt une intensité particulière.

La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se

fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère. Par ailleurs, il convient d'accorder à ce critère une portée moins décisive lorsque la personne ne se souvient pas de l'accident que si elle en garde des souvenirs clairs (arrêt du Tribunal fédéral 8C_657/2013 du 3 juillet 2014 consid. 5.3 et les références citées).

En l'espèce, objectivement considéré et au vu des précédents jurisprudentiels en la matière, l'événement du 14 mars 2014 n'a pas eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. À ce propos, le Tribunal fédéral a par exemple nié que la condition du caractère impressionnant de l'accident fût remplie dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un élévateur d'une hauteur de 5,6 mètres (arrêt du Tribunal fédéral 8C_807/2008 du 15 juin 2009) ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 mètres dans une fouille (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 144/05 du 27 décembre 2005; voir aussi l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 21/06 du 30 novembre 2005 consid. 4.5).

Concernant la gravité des lésions physiques et leurs conséquences, elles consistent tout au plus en une fracture des apophyses de la vertèbre L5, en des contusions et en la décompensation d'un état dégénératif antérieur au niveau de la colonne vertébrale et du genou droit, ce qui ne constitue pas des lésions propres à entraîner des troubles psychiques selon l'expérience et au vu des précédents jurisprudentiels (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 336/01 du 2 octobre 2002 dans lequel notre Haute Cour a considéré que les lésions subies [fracture de la 5^{ème} cervicale corporéale non déplacée et sans trouble neurologique ainsi que de l'arc postérieur C5, et une fracture de l'apophyse articulaire inférieure gauche de C4] ne s'étaient pas révélées graves. Dans l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_488/2011, le Tribunal fédéral avait au contraire retenu ce critère, dès lors qu'il existe un risque accru de paralysie lors de fracture de vertèbres et, par conséquent, d'interventions chirurgicales, l'assurée souffrant notamment d'une fracture par tassement du plateau vertébral de la 12^{ème} vertèbre thoracique avec déchirure de la coiffe arrière ainsi que du ligament ayant nécessité trois opérations).

Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Par ailleurs, l'aspect temporel n'est pas seul décisif; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3, 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, et U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 avec les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une

certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêt du Tribunal fédéral 8C_361/2007 consid. 5.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). La jurisprudence a également nié que ce critère fût rempli dans le cas d'un assuré dont le traitement médical du membre supérieur accidenté avait consisté en plusieurs opérations chirurgicales et duré 18 mois (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 37/06 du 22 février 2007 consid. 7.3). Or, force est de constater, en l'espèce, que le traitement médical consistait en de la physiothérapie et la prise d'antalgiques, de sorte qu'il n'était objectivement pas continu et lourd.

Aucun élément du dossier ne permet de retenir que les médecins ayant suivi le recourant aient violé les règles de l'art médical et que, ce faisant, il y ait eu aggravation significative des séquelles de l'accident (voir dans ce sens arrêt du Tribunal fédéral 8C_887/2011 du 5 mars 2012 consid. 4.5). Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas.

Quant aux douleurs physiques persistantes, elles étaient suffisamment importantes et crédibles pour que les médecins d'arrondissement et les médecins de la CRR reconnaissent une incapacité de travail à tout le moins jusqu'au 10 mars 2015, ce qui constitue d'ailleurs une durée assez longue.

Force est donc de constater que seuls deux des critères énoncés par la jurisprudence (douleurs physiques persistantes et incapacité de travail de durée assez longue) sont remplis en l'espèce, sans toutefois revêtir une intensité particulière. Ils ne sont pas suffisants pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 14 mars 2014 et les troubles psychiques dont souffre le recourant.

La décision querellée refusant les prestations de l'intimée au-delà du 1^{er} mai 2015 est ainsi également fondée s'agissant de ces troubles.

13. Infondé, le recours sera rejeté.

**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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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