

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3153/2018

ATAS/524/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 juin 2019

10^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENEVE

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président ; Georges ZUFFEREY et Willy
KNOPFEL, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1986, originaire du Kosovo, travaillait depuis le 11 avril 2016, en qualité d'aide-plombier pour l'entreprise Sanitaire Dépannage B_____, et était à ce titre assuré pour les accidents professionnels et non professionnels par la SUVA Caisse Nationale d'Assurances en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).
2. En date du 20 décembre 2016 à 15 heures, il se trouvait sur un chantier, à Genève, à genoux, en train de poser un réservoir de toilettes. Selon la déclaration de sinistre du 22 décembre 2016, lorsqu'il s'est relevé il a ressenti des douleurs au genou droit. Il a consulté le service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), le 21 décembre 2016 ; il est sorti le jour-même de l'hôpital. Il ressort du résumé de séjour, que le diagnostic principal posé à cette occasion est celui de lésion traumatique de la jambe, sans précision (S89. 9), suspicion de lésion du tendon poplité et hiatus poplité ; motif d'admission : gonalgies droites. À l'anamnèse, la veille dans l'après-midi, sur le lieu de travail, l'assuré avait fait un faux mouvement en position fléchie de genou en varus forcée. Il avait ressenti une douleur immédiate au niveau de l'interligne articulaire latéral postérieur avec un sentiment d'instabilité. Il n'y avait pas de tuméfaction. Au status ostéoarticulaire, il était relevé (pour le genou droit) : pas de signes de glaçon, pas de tuméfaction, flexion limitée, instabilité interne, tests méniscaux négatifs. Il a été procédé à une radiographie du genou, et prévu une IRM pour le lendemain.

Il lui a été prescrit du Dafalgan et de l'Ibuprofène, ainsi que, par la suite, des séances de physiothérapie.

La CNA a pris le cas en charge.

3. Des arrêts de travail ont été prescrits. Selon les médecins qui l'ont suivi aux HUG l'incapacité de travail était totale (100 %) du 21 décembre 2016 au 26 mars 2017 ; dès le 27 mars 2017 la capacité de travail (CT) était de 50 % et de 100 % dès le 3 avril 2017.

En réalité, les arrêts de travail à 100 % se sont poursuivis, régulièrement renouvelés et prolongés jusqu'au 30 septembre 2018, étant précisé qu'un accident intercurrent était survenu le 21 juillet 2017, soit un accident de vélo : la roue avant s'étant coincée dans les rails du tram, l'assuré était tombé sur son flanc droit, se blessant au pouce gauche, au genou et mollet droits, au-dessus des deux genoux et à la paume de la main droite.

4. Une IRM du genou droit a été pratiquée le 15 mai 2017, par le docteur C_____, radiologue FMH. L'indication pour cet examen avait été : douleurs inexplicables antérolatérales du genou droit. Recherche de lésion méniscale. Comparatif du 22 décembre 2016. Au niveau osseux : pas de lésion osseuse visible ; ménisque interne : sans particularité (s/p) ; ménisque externe : s/p. Ligament croisé : les ligaments croisés antérieur et postérieur sont sans particularité ; continus, tendus et d'orientation normale ; ligaments latéraux interne et externe : s/p, continus, sans

signe d'entorse ni de rupture. En conclusion : discrète majoration de l'épanchement intra-articulaire avec minimes signes indirects de synovite. On retrouve inchangé le discret hypersignal du tissu cellulo-graisseux en profondeur de la bandelette ilio-tibiale posant la question d'un syndrome de friction avec le condyle fémoral externe. Hypersignal œdémateux modéré du coussinet graisseux supra patellaire quadricipital posant la question d'un quadriceps fat pad edema syndrome.

5. Le 20 octobre 2017, l'assuré a subi une IRM du genou droit. L'indication pour cet examen était : traumatisme le 20 décembre 2016 avec entorse du genou et chute à vélo le 20 juillet 2017 avec augmentation des douleurs surtout antérieurement. Cet examen conclut à une IRM du genou droit dans les limites de la norme. Les résultats montrent des structures osseuses et un cartilage sans anomalie significative, des ligaments collatéraux et croisés, les ménisques, l'appareil extenseur sans anomalie, pas d'épanchement synovial intra articulaire significatif, et des parties molles sans kyste poplité ni anomalie significative.
6. Le 20 octobre 2017 également, l'intéressé a subi une IRM lombaire, avec pour indication : accident avec un impact sur le dos. Douleurs. En conclusion, cet examen met en évidence une discopathie débutante L4-L5 et L5-S1 avec protrusion discale. Absence de lésion ou de séquelles de lésion traumatique.
7. Le service de chirurgie orthopédique des HUG a établi un dernier rapport le 8 novembre 2017. Il a retenu le diagnostic de tendinopathie du poplité du genou droit et douleurs au niveau du tractus. Évolution défavorable, avec la persistance de douleurs du tendon du poplité. Une chute à vélo le 20 juillet 2017 avait engendré à nouveau les douleurs diffuses au niveau de tout le genou. Le dossier était clos et adressé à l'hôpital de La Tour pour un autre avis.
8. L'assuré a depuis lors été suivi par le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et médecine du sport, à l'Hôpital de la Tour à Meyrin.
9. Le 8 novembre 2017 le Dr D_____, retenant une gonalgie droite post-traumatique et des contusions lombaires, a prescrit de nouvelles séances de physiothérapie. Le 18 décembre 2017, il a prescrit un arrêt de travail, la CT étant de 0 % du 1^{er} décembre 2017 pour une durée probable jusqu'au 7 janvier 2018 est de 50 % dès le 8 janvier 2018, probablement jusqu'au 31 janvier 2018.
10. Sur demande de la CNA, le Dr D_____ a établi un rapport médical intermédiaire le 28 février 2018. Il retient le diagnostic de gonalgies latérales droites post-traumatiques. Quant à l'évolution : au 27 février 2018, persistance de douleurs latérales qui empêchent le patient de travailler ; le pronostic est bon. La nature du traitement est d'ordre conservateur. Le médecin estime qu'un avis psychiatrique serait à considérer. La fréquence des consultations est d'une fois par mois. Pas de reprise de travail. En réponse à une question spécifique de l'assureur-accident, il suggère que la CNA intervienne auprès de l'employeur pour une affectation à un poste de travail approprié.

11. Le 14 mars 2018 l'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement de la CNA, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. L'assuré a notamment remis au médecin d'arrondissement, le jour même, un rapport du docteur F_____, chiropraticien, daté du 14 mars 2018, et adressé au « médecin-conseil de la SUVA ». Ce rapport est établi à la demande du patient que le chiropraticien suit alors depuis trois semaines. Indiquant que l'anamnèse est connue, il note que ce patient se plaint depuis plus d'un an d'une douleur du compartiment antérieur du genou, ne s'étant pas améliorée malgré différents traitements. À l'examen initial il note un genou sec, sans instabilité. Légère (illisible) de la rotule externe en extension du genou et de la rotule interne en flexion ; mobilité de la rotule réduite dans toutes les directions. Le pronostic est bon à deux mois, l'évolution est en marche. Le chiropraticien indique qu'il a juste besoin des deux prochains mois pour résoudre définitivement ce cas.

Le médecin d'arrondissement a établi son rapport d'examen « final » du 14 mars 2018 et conclu que l'on peut s'attendre dès le lundi 19 mars à une reprise de l'activité professionnelle à 50 %. Après avoir résumé l'évolution d'une part selon les pièces communiquées, il a pris en compte les déclarations de l'assuré : ce dernier mentionnait maintenant la survenue de douleurs qui étaient apparues dans les suites de l'accident de décembre 2016, au niveau du rachis lombaire ; elles étaient passées au second plan car les douleurs au genou droit étaient plus importantes. Mais elles ont progressivement augmenté d'intensité. Il indiquait être suivi actuellement par le Dr D_____. Sur le plan thérapeutique le patient indiquait prendre du Dafalgan 1g deux fois par jour et une fois par jour seulement lorsqu'il avait moins mal. Il prenait également un traitement issu de la médecine naturelle. Il résume les conclusions du chiropraticien. Au niveau du rachis, l'assuré se plaint toujours de douleurs malgré les séances de physiothérapie et est très inquiet parce que deux hernies discales auraient été mises en évidence sur l'IRM. Il pratique le vélo à raison de 30 minutes tous les jours, ainsi que la natation. Il a ensuite énoncé ses constatations : examen du rachis lombaire: il note une distance doigt/sol 25 cm ; l'indice de Schober lombaire passe de 10 à 13.5 cm ; la manœuvre de Lasègue à droite et à gauche ne déclenche aucune douleur de lombalgies. Il n'y a pas de déficit sensitivo-moteur constaté. L'examen du genou droit montre une flexion à 140° et une extension à 0°. Il existe une zone un peu douloureuse à la face antéro-externe du genou qui est un peu plus sensible à la partie postérieure. À l'imagerie, on dispose de clichés de l'examen IRM qui retrouve deux hernies sans conflit discoradiculaire et des clichés de l'IRM sans particularité. Il retient le diagnostic de contusion du genou droit lorsqu'il se relève en portant une lourde charge. Appréciation : le médecin d'arrondissement rappelle que l'assuré a présenté en décembre 2016, soit il y a 15 mois, une douleur au genou droit et au niveau du rachis lombaire en se relevant après le port de charges lourdes. Au niveau du rachis il se plaint toujours de lombalgies. Le bilan par IRM a mis en évidence une discopathie. Il ne s'agit pas de hernies discales traumatiques car l'assuré n'a jamais présenté de sciatalgies et l'examen clinique de ce jour ne retrouve qu'une discrète raideur rachidienne sans

aucun signe neurologique de radiculalgie. Conformément aux données médicales, selon lesquelles on peut conclure qu'au plus tard six mois après la survenance de cet événement, celui-ci a cessé ses effets délétères, le médecin d'arrondissement a fixé le *statu quo sine* au 30 juin (2017) pour les troubles du rachis lombaire. Au niveau du genou droit, une tendinite du poplité a été évoquée aux HUG. L'assuré a suivi de multiples séances de physiothérapie, des infiltrations et de la mésothérapie. Il a l'impression que les séances de chiropractie avec le Dr F_____ l'améliorent bien. Il a passé successivement trois examens IRM de son genou, qui ne mettent pas en évidence de lésion méniscale comme on pouvait le craindre, compte-tenu du mécanisme de survenue. La région externe du genou est toujours un peu sensible à la palpation. La position agenouillée reste difficile. Le diagnostic de tendinopathie du muscle poplité a été évoqué. Une reprise de l'activité professionnelle à 50 % avait été prescrite le 8 janvier (2018) par le Dr D_____ ; mais selon l'assuré, il a dû interrompre son travail après trois jours. Le médecin d'arrondissement a confirmé à l'assuré que l'on pouvait s'attendre dès le 19 mars 2018 à une reprise de l'activité professionnelle à 50 %. Le patient lui a indiqué avoir déjà essayé, mais que ce fut un échec au bout de trois jours. Il a encore déclaré au médecin d'arrondissement que son chiropraticien lui avait exposé qu'il ne pouvait pas travailler en même temps qu'il suivait ses séances de mobilisation. Le médecin d'arrondissement lui a confirmé le contraire.

12. Le 27 mars 2018, le Dr D_____ a établi un certificat médical : la CT était de 0 % dès le 21 mars, probablement jusqu'au 22 avril 2018, et de 50 % dès le 19 mars, jusqu'au 20 mars 2018 ! Il a expliqué dans un rapport médical intermédiaire du 4 avril 2018, retenant toujours le diagnostic de gonalgies latérales droites post-traumatiques, qu'une tentative de retour au travail s'était soldée par un échec en raison de la persistance des gonalgies invalidantes selon le patient. Il relevait que le traitement actuel était toujours conservateur ; il demandait un avis psychiatrique.
13. Par courrier du 24 avril 2018, la CNA a rendu une décision aux termes de laquelle, selon le service médical, le patient était apte à reprendre son activité professionnelle à 50 % dès le 19 mars 2018. Les indemnités journalières lui seraient donc allouées à 100 % jusqu'au 18 mars 2018 et à 50 % dès le 19 mars 2018. Il résulte d'une note téléphonique du 24 avril 2018 également, que l'assuré n'est pas d'accord avec le courrier de confirmation de reprise à 50 % dès le 19 mars 2018. Il disait avoir toujours des douleurs.
14. Le 26 avril 2018, en réponse à un questionnement du gestionnaire de la CNA, qui lui indiquait avoir fait une confirmation de reprise de travail à 50 % dès le 19 mars 2018, et songeait qu'il pourrait être procédé à l'examen final pour mettre fin aux prestations, le médecin d'arrondissement a précisé qu'il ne pensait pas à ce stade à un examen final. L'assuré avait été examiné 40 jours avant et une reprise partielle lui avait été signifiée. Il s'agissait donc de lui confirmer, et de revoir la situation ensuite. Il a toutefois estimé qu'une reprise à 100 % dès ce jour était exigible.

-
15. Le 27 avril 2018, la CNA a rendu une nouvelle décision, annulant et remplaçant celle du 24 avril 2018. Selon le service médical, il était apte à reprendre son activité professionnelle à 50 % dès le 19 mars 2018 et à 100 % dès le 7 mai 2018. Les indemnités journalières lui seraient donc allouées à 100 % jusqu'au 18 mars 2018, et dès le 19 mars à 50 %, et ceci jusqu'au 6 mai 2018.
16. Par courrier non daté mais remis en main propre à l'agence de la CNA le 1^{er} mai 2018, l'assuré a formé opposition à la décision du 27 avril 2018. La décision entreprise avait pour effet d'impacter également le montant des indemnités journalières à allouer. Il contestait la décision dans la mesure où elle ne semblait pas fondée ni conforme à la réalité. Malgré le fait que son état s'était nettement amélioré, il n'en restait pas moins que le processus de guérison n'était pas arrivé à terme. Il en voulait pour preuve :
- une attestation de son chiropraticien du 26 avril 2018 laquelle constatait que les douleurs lombaires et du genou droit étaient en nette diminution ; la fonction du genou était quasiment normalisée, seul persistait un léger déficit de la rotation interne du tibia sur le fémur. La rotule n'était pas encore complètement libre, ce qui créait un léger conflit avec l'articulation tibio-fémorale ; le dernier test de posturographie computerisée démontrait une nette amélioration de toutes les fonctions. Les chaînes antérieures devaient encore progresser un peu pour être bien équilibrées ; les charges de travail pendant la rééducation avaient quasiment été doublées depuis le commencement du traitement, sans générer plus de douleurs ; les exercices de coordination compliqués étaient exécutés de manière correcte maintenant ; le genou ne présentait plus de vrai signe de surcharge. Enfin le pronostic était bon à court terme. Une reprise de travail était envisageable dès la mi-mai (2018), d'abord à 50 % puis rapidement à 100 % ;
 - un certificat médical fichet du Dr D_____ du 27 avril 2018 selon lequel la CT était de 0 % dès le 22 avril 2018, pour une durée probable jusqu'au 13 mai 2018, puis à 50 % du 14 mai au 10 juin 2018.

Lui-même et ses deux « autres » médecins soutenaient « à l'unanimité » qu'une reprise de travail à 50 % ne devrait intervenir uniquement à compter de mi-mai 2018, et que c'était seulement à partir de mi-juin qu'une reprise totale serait envisageable. C'était pour cette raison qu'il formulait également la demande expresse de percevoir ses indemnités journalières à 100 % du début jusqu'à mi-mai 2018 (« application rétroactive des sommes indues, notamment à compter du 19 mars 2018 où je n'ai perçu que 50 % »).

17. Le 2 mai 2018, le Dr D_____ a établi un nouveau certificat médical, indiquant que selon ses consultations des 27 mars et 27 avril 2018, son patient présentait toujours des gonalgies droites, qui l'empêchent de reprendre son travail. Au courant du mois de mars 2018, il avait fait plusieurs tentatives de reprise de travail à 50 %, mais sans succès. Au bout de deux jours, les douleurs de son genou droit avaient été invalidantes, raison pour laquelle il avait dû arrêter le travail et être remis à

l'incapacité de travail à 100 %. Il allait faire une nouvelle tentative de reprise de travail à 50 % dès le 14 mai 2018.

18. Le 7 mai 2018, le médecin d'arrondissement, à nouveau sollicité par la CNA, a procédé à une nouvelle appréciation médicale consignée dans un rapport du 9 mai 2018. Il rappelle que le 14 mars 2017 (recte 2018) l'assuré avait été examiné à l'agence : un traumatisme au niveau du rachis avait été évoqué. Il était mis en évidence une discopathie dégénérative ; au niveau du genou droit, une tendinite avait été évoquée et, après trois examens IRM de ce genou, il n'avait pas été retenu de lésion méniscale. Une reprise de travail à 50 % avait été prescrite le 8 janvier 2018, mais l'assuré avait dû interrompre son activité en raison des douleurs. Une reprise de l'activité avait été fixée le 19 mars à 50 %, malgré le fait que l'assuré ait mentionné qu'il ne pouvait pas travailler en même temps qu'il suivait des séances de mobilisation. Au contraire, des séances de mobilisation ou de physiothérapie permettaient d'encadrer un retour dans l'activité professionnelle et une diminution des douleurs ressenties. Il n'y avait donc pas de modification par rapport à l'appréciation antérieure. Un mois plus tard on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 100 %.
19. Les 8 juin et 3 juillet 2018, le Dr D_____ a prolongé l'arrêt de travail à 100 % respectivement du 22 mai 2018 au 1^{er} juillet 2018, puis du 2 juillet au 15 août 2018.
20. Le 18 juillet 2018, le médecin d'arrondissement a procédé à une nouvelle appréciation médicale, tenant compte des dernières pièces médicales du médecin traitant et du chiropraticien. Il rappelle que le patient a été examiné à l'agence le 14 mars 2018, se référant au rapport y relatif. Il relève ensuite que dans son rapport du 4 avril 2018, le médecin traitant a notamment demandé un avis psychiatrique, et relevé qu'il n'y avait pas de reprise de travail envisagée. Il résume également le rapport du chiropraticien du 26 avril 2018 qui conclut que le pronostic est bon à court terme et qu'une reprise de travail est envisageable d'ici la mi-mai à 50 % puis rapidement à 100 %, et le rapport du médecin traitant du 2 mai 2018, qui lui aussi indiquait qu'une reprise de travail à 50 % était prévue le 14 mai 2018. Le médecin d'arrondissement a conclu que, sur le plan traumatique, en l'absence d'anomalie révélée à l'examen clinique lors de son examen et celui de ses confrères, et en l'absence d'anomalie sur l'IRM, il n'y a pas de justification à la poursuite de l'incapacité de travail. Il confirme en conclusion ses prises de position antérieures, notamment suite à l'examen réalisé à l'agence le 14 mars 2018.
21. Sur quoi, la CNA à Lucerne a rendu sa décision sur opposition en date du 23 août 2018. L'opposition interjetée par l'assuré le 1^{er} mai 2018 contre la décision du 27 avril 2018 de la CNA Genève était rejetée. En substance, la CNA ayant rappelé les principes légaux et jurisprudentiels applicables au cas d'espèce, s'appuyant sur les documents médicaux versés au dossier, tant de la part des médecins ou thérapeutes de l'assuré qu'aux appréciations successives du médecin d'arrondissement, y compris pendant l'instruction de l'opposition - se référant à l'égard des documents médicaux établis par les médecins traitants, aux principes qui

doivent guider l'appréciation de l'administration ou du juge, en fonction de la nature du mandat thérapeutique qui lie ces derniers au patient -, retient en définitive qu'il résulte tant des examens cliniques du médecin d'arrondissement et du médecin traitant, que de l'imagerie médicale que, s'agissant du rachis lombaire, les constatations objectives mettent en évidence une discopathie excluant une origine traumatique des hernies discales, et que l'on peut ainsi conclure qu'au plus tard six mois après la survenance de l'événement de décembre 2016, soit à fin juin 2017, les effets délétères de l'événement en question ont disparu, de sorte que le *statu quo sine* peut être fixé au 30 juin 2017 ; que s'agissant du genou droit, la persistance de douleurs (gonalgies), malgré de multiples séances de physiothérapie, des infiltrations et de la mésothérapie, ne trouve aucune explication sur le plan anatomique et clinique, - relevant au passage que, dans ce contexte, le médecin traitant avait lui-même suggéré et réclamé une évaluation psychiatrique de son patient -, la poursuite de la prise en charge des prestations d'assurance par l'assureur-accident, en particulier des indemnités journalières ne se justifiait plus, au-delà des termes fixés par l'assureur, soit à hauteur de 50 % dès le 19 mars 2018, ce droit n'existant plus au-delà du 6 mai 2018. L'assureur-accident était en droit d'admettre que l'assuré était apte à travailler à 50 % dès le 19 mars 2018, dans sa profession habituelle, et en plein dès le 7 mai 2018. S'agissant enfin d'éventuels troubles de la sphère psychique, évoquée par l'assureur en relation avec la demande du médecin traitant de procéder à une évaluation psychiatrique, ils n'engageraient pas la responsabilité de la CNA, au vu de la jurisprudence constante en la matière (ATF 115 V 133 ; ATF 115 V 403), en l'absence d'une relation de causalité adéquate à retenir en l'espèce, dans le cadre d'un accident de peu de gravité.

22. Par courrier du 14 septembre 2018, déposé le jour-même au siège de la juridiction, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève d'un recours contre la décision sur opposition du 23 août 2018. Il conclut à l'annulation de la décision litigieuse et à la poursuite du versement des indemnités journalières, à hauteur de 50 % du 19 au 20 mars 2018, de 0 % du 21 mars au 13 mai 2018, de 50 % du 14 mai au 10 juin 2018, de 0 % du 22 mai au 1^{er} juillet 2018, de 100 % du 26 juin au 4 juillet 2018, de 100 % du 26 juin au 4 juillet 2018 (sic !), de 0 % du 5 juillet au 26 août 2018, de 50 % du 27 août au 30 septembre 2018, ceci après audition de son médecin traitant et de son chiropraticien. Il conclut encore subsidiairement à ce que soit ordonnée une expertise judiciaire. En substance, il fait grief à la CNA de s'être fondée exclusivement sur les conclusions de son médecin d'arrondissement, pour suspendre totalement ou partiellement son droit aux indemnités, et ceci malgré les avis opposés de son médecin traitant et de son chiropraticien, sans avoir mené d'autres enquêtes ou requis un avis « professionnel » supplémentaire.
23. L'intimée s'est déterminée sur le recours par courrier du 12 octobre 2018. Elle conclut implicitement au rejet du recours. Le recourant n'allègue aucun élément nouveau, de sorte que la CNA renonce à déposer formellement une réponse ; elle

renvoie à la décision sur opposition du 23 août 2018, dont il n'y a - selon elle - pas lieu de s'écarter. Elle relève toutefois que l'on pourrait même s'interroger sur le bien-fondé de la reconnaissance d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA en l'espèce.

24. Sur quoi la chambre de céans a indiqué aux parties que la cause était gardée à juger, tout en communiquant la brève écriture de l'intimée au recourant, lequel ne s'est plus manifesté.

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 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.
4. 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).
5. Le litige porte sur le droit de l'assuré aux indemnités journalières de l'assurance-accidents, singulièrement à des indemnités journalières complètes au-delà du 18 mars 2018, sous imputation des indemnités journalières à 50 % d'ores et déjà versées par l'intimée du 19 mars 2018 au 6 mai 2018, respectivement sur la question de savoir si, comme le soutient l'intimée l'assuré avait recouvré sa capacité de travail dans l'exercice de sa profession habituelle à hauteur de 50 % dès le 19 mars 2018, et à 100 % dès le 7 mai 2018, ou si, au contraire, comme le soutient

le recourant, son incapacité de travail était toujours totale au 19 mars 2018 et s'est poursuivie au même taux au-delà du 6 mai 2018.

6. 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; M 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'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

7. 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 reconnue 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).

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 consid. 2 et la référence), 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 p. 264 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 (8C_383/2018 du 10 décembre 2018, consid. 3.2 et réf. citées).

8. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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'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 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'événement assuré.

9. 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).

Dans le cadre de lombalgies ou de lombosciatalgies sans constatation d'une aggravation radiologique, le statu quo est en principe retrouvé après 3 ou 4 mois, la symptomatologie étant alors à mettre sur le compte de l'âge (arrêt du Tribunal fédéral 8C_508/2008 du 22 octobre 2008 consid. 4.2).

Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (voir notamment RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.1).

La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, est remplacée par la présomption jurisprudentielle – qui se fonde sur la littérature médicale – selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002).

10. 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).

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

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

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).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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. Etant 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, 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 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

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).

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. 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; 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).

12. Selon l'art. 16 LAA l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al.1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède.

Au terme de l'art. 6 LPGA est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

13. 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).
14. 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).

15. 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).
16. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).
17. En l'espèce, dans son recours, l'assuré rappelle que dans le cadre de son opposition du 1^{er} mai 2018 à la décision du 27 avril 2018 de la CNA, diminuant le taux des indemnités « de chômage » (recte : journalières de l'assurance-accidents) à compter du 19 mars 2018 à hauteur de 50 % au motif que le service médical qui l'avait examiné retenait dès cette date une CT de 50 %, jusqu'au 6 mai 2018, et une pleine capacité (100 %) à reprendre son activité professionnelle dès le 7 mai 2018. Il estimait que cette appréciation n'était pas conforme à la réalité, concédant que si son état s'était amélioré, le processus de guérison n'était quant à lui pas arrivé à son terme et ne permettait toujours pas une reprise du travail, qui avait été tentée, même à 50 %. Il avait alors produit des certificats médicaux attestant de son incapacité totale de travail pour la période durant laquelle la CNA estimait qu'il pouvait travailler à temps partiel, le médecin d'arrondissement ayant alors réévalué sa situation et maintenu son avis antérieur, « malgré les avis contraires de ses deux médecins » (*ndr. soit plus précisément de son médecin traitant et de son chiropraticien traitant*). Au jour de son recours (14 septembre 2018) il estimait être encore en incapacité complète de travail, alors que la CNA refuse toutefois de la reconnaître, ayant suspendu ses indemnités, s'appuyant uniquement sur l'avis exprimé par son médecin d'arrondissement.

Conformément aux principes rappelés précédemment, il y a dès lors lieu d'examiner la valeur probante des avis successivement émis par le médecin d'arrondissement qui a personnellement examiné l'intéressé le 14 mars 2018, puis à plusieurs reprises (les 26 avril, 7 mai 2018 et 18 juillet 2018), mais seulement sur la base du dossier et notamment des documents médicaux complémentaires produits par l'assuré, et émanant de ses thérapeutes.

a. Force est de constater que le rapport d'examen du médecin d'arrondissement du 14 mars 2018 répond aux exigences de la jurisprudence en matière de valeur probante, étant rappelé que ces exigences sont au demeurant plus élevées lorsque l'examineur est un médecin de l'assureur-social concerné. Ses conclusions sont fondées non seulement sur une pleine connaissance du dossier, l'examineur ayant pris en compte l'évolution du cas en fonction des documents médicaux produits depuis la survenance de l'événement du 20 décembre 2016, jusqu'au jour de son évaluation, par un examen personnel de l'assuré, la prise en compte du rapport que ce dernier lui avait apporté, émanant Dr F_____, chiropraticien traitant. L'examineur a en outre retenu les déclarations de l'assuré, y compris l'allégation de ce dernier au sujet de l'apparition, dans les suites de l'événement du 20 décembre 2016, de douleurs au niveau du rachis lombaire, élément qui ne ressortait pourtant pas des premières constatations médicales, et dont l'assuré a indiqué qu'elles étaient passées au second plan car les douleurs au genou droit étaient plus importantes à l'époque, mais que ses douleurs lombaires avaient progressivement augmenté d'intensité par la suite. L'examineur a également consigné ses propres constatations à l'examen du rachis lombaire et du genou droit, s'est référé aux clichés d'examen IRM où l'on retrouve deux hernies discales sans conflit disco-radiculaire et aux clichés de l'IRM sans particularité. S'agissant du rachis, l'examineur relève que l'assuré se plaint toujours de lombalgies, mais que toutefois le bilan par IRM a mis en évidence une discopathie excluant cependant une hernie discale traumatique, car l'assuré n'a jamais présenté de sciatalgies, et l'examen clinique du jour ne retrouvait qu'une discrète raideur rachidienne sans aucun signe neurologique de radiculalgies. Il a ainsi conclu, conformément aux données de la littérature médicale (et conformément au principe de jurisprudence rappelée ci-dessus au consid. 9 § 3 relatif aux hernies discales), qu'on pouvait conclure au plus tard six mois après la survenue de l'événement, que celui-ci avait cessé ses effets délétères, fixant ainsi le *statu quo sine* au 30 juin 2017 pour les troubles du rachis lombaire. Au niveau du genou droit, l'examineur a retenu qu'une tendinite du poplité avait été évoquée aux HUG. L'assuré avait suivi de multiples séances de physiothérapie, des infiltrations et de la mésothérapie. Le médecin d'arrondissement a relevé que l'intéressé avait l'impression que les séances de chiropractie avec le Dr F_____ l'amélioreraient bien. Les trois examens IRM successifs du genou n'avaient pas mis en évidence de lésion méniscale comme on pouvait le craindre, compte tenu du mécanisme de survenue de l'événement. La région externe du genou était toujours un peu sensible à la palpation, la position agenouillée restait difficile, le diagnostic de tendinopathie du muscle poplité avait

été évoquée. Le médecin traitant avait ordonné une reprise de l'activité professionnelle à 50 %, le 8 janvier 2018 mais selon l'assuré, cette reprise avait dû être interrompue après trois jours. Le Dr E_____ a tenu compte de ces éléments, pour confirmer verbalement déjà à l'assuré, au moment de l'examen, que l'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 50 % dès le 19 mars 2018, l'intéressé persistant à prétendre que cette reprise avait été un échec au bout de trois jours et que, d'autre part, son chiropraticien lui aurait exposé qu'il ne pouvait pas travailler en même temps qu'il suivait ses séances de mobilisation. L'examineur lui avait à cet égard confirmé le contraire. Les conclusions du médecin d'arrondissement sont convaincantes, exemptes de contradictions, et ne sont d'ailleurs guère différentes des propres constatations des thérapeutes de l'assuré, y compris celle du chiropraticien dans le rapport actualisé établi à l'intention de l'examineur pour le jour de l'examen clinique. Il convient dès lors de reconnaître une pleine valeur probante à ce premier rapport du médecin d'arrondissement.

b. Les documents médicaux successifs du médecin traitant respectivement du chiropraticien n'ont au demeurant pas remis en cause les conclusions du Dr E_____. Le certificat médical du Dr D_____ du 27 mars 2018, complété par un rapport médical intermédiaire du 4 avril 2018, indique que la CT était à nouveau nulle dès le 21 mars, probablement jusqu'au 22 avril 2018, évoquant l'échec d'une tentative de retour au travail le 19 mars 2018, en raison de la persistance, selon le patient, de gonalgies invalidantes. Le médecin traitant observait que le traitement actuel était toujours conservateur, mais ne fournit aucune explication ni argument objectifs susceptibles d'expliquer et justifier la persistance de l'incapacité totale de travail ; il demandait alors un avis psychiatrique, laissant ainsi clairement entendre que les troubles persistants, soit en particulier les douleurs, ne trouvaient pas leur source dans une cause objectivable sur le plan somatique.

L'attestation du chiropraticien du 26 avril 2018, produite dans le cadre de l'opposition à la décision du 27 avril 2018 ne comportait aucune observation susceptible de remettre en cause les conclusions du médecin d'arrondissement, le chiropraticien constatant au contraire que les douleurs lombaires et du genou droit étaient en nette diminution, la fonction du genou étant quasiment normalisée, l'évaluation de la reprise de travail dès la mi-mai à 50 % puis rapidement à 100 % ne trouvant guère d'autre justification que l'autoévaluation subjective de sa capacité de travail par le patient lui-même ; quand bien même ce praticien ne l'énonce pas directement en ces termes, il ne donne aucune justification objective à ce léger décalage dans le temps, s'agissant de la reprise de l'activité professionnelle de l'assuré, par rapport à l'évaluation du médecin d'arrondissement.

Le certificat médical fichet du Dr D_____ du 27 avril 2018 considérant que la CT était de 0 % dès le 22 avril 2018, pour une durée probable jusqu'au 13 mai 2018, puis à 50 % du 14 mai au 10 juin 2018 ne saurait se voir reconnaître de valeur probante, d'autant qu'il s'agissait d'une part d'une simple prolongation de l'arrêt de

travail précédent, sans pour autant que le médecin traitant n'ait fait valoir le moindre motif objectif pour lequel, contrairement à son évaluation précédente, l'état du patient aurait justifié la prolongation de l'incapacité totale de travail. Du reste, sa nouvelle attestation du 2 mai 2018 ne fait que rapporter les plaintes subjectives du patient quant à ses douleurs, et à leur prétendu caractère invalidant.

c. Les mêmes observations sont valables pour les pièces médicales complémentaires ultérieures produites par le recourant, ainsi que les appréciations médicales y relatives du médecin d'arrondissement des 7 mai et 18 juillet 2018.

18. S'agissant d'éventuels troubles psychiques, - dont il y a d'emblée lieu de relever que le recourant ne soutient pas expressément en être affecté -, il convient d'observer que le dossier ne contient aucun document médical permettant de sérieusement laisser suspecter l'existence de tels troubles. D'une part, aucun médecin ayant eu à connaître de ce cas n'ayant envisagé le moindre diagnostic évoquant une atteinte psychique ou psychiatrique ; le Dr D_____, médecin traitant, a évoqué à deux reprises cette question, suggérant à la CNA de soumettre l'assuré à un examen psychiatrique, mais ceci sans la moindre argumentation quant à l'éventuelle existence de troubles psychiques avérés ou à tout le moins vraisemblables, de sorte que l'on doit considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurances sociales, que cette remarque ou cette demande spécifique du médecin traitant s'inscrivait plutôt dans le contexte général du mandat thérapeutique existant entre le médecin traitant et son patient, notamment dans le cadre du rapport de confiance qui les lie, et ceci faute de pouvoir apporter une justification à l'incapacité de travail, pour des motifs objectifs sur le plan somatique. Comme mentionné précédemment, la chambre de céans comprend en effet la suggestion du médecin traitant comme la traduction de son incapacité à justifier les plaintes de son patient, sur le plan somatique. Quoi qu'il en soit, l'interprétation de la chambre de céans n'est pas déterminante. À supposer que l'on puisse raisonnablement prendre en compte l'existence vraisemblable de troubles psychiques, ceux-ci ne pourraient en aucun cas entrer en ligne de compte dans un rapport de causalité adéquate avec l'événement du 20 décembre 2016, cet accident, pris en charge par l'intimée, étant banal.

En effet, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du rapport de causalité des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée.

Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références) (notamment arrêt du Tribunal fédéral U 160/03 du 31 mars 2004).

Dans le cas d'espèce, l'accident en cause ne peut être classifié que dans la catégorie des accidents insignifiants voire de peu de gravité. Pour le surplus, et indépendamment du fait que le recourant n'a pas prétendu que l'un des critères énoncés ci-dessus soit réalisé, aucun de ceux-ci n'apparaît sérieusement entrer en ligne de compte dans le cas d'espèce, et en tout état aucun de ces critères ne serait d'une intensité telle qu'il puisse, à lui seul, entrer en ligne de compte en faveur d'une classification de l'accident dans la catégorie de gravité moyenne stricto sensu.

19. Le médecin d'arrondissement de l'intimée s'est donc basé sur des données objectives, son appréciation est convaincante et rejoint, somme toute, les constatations du médecin traitant sur la question de l'absence de substrat organique à l'origine de l'incapacité de travail alléguée, qui aurait persisté, selon le recourant, sur la base de sa seule appréciation subjective, au-delà du 18 mars 2018, et - selon les termes de son recours et de ses conclusions -, partiellement ou en totalité jusqu'au 30 septembre 2018. On relèvera à cet égard que dans la mesure où la décision entreprise et, en tant que de besoin, la décision précédente du 27 avril 2018 quant au droit à l'indemnité journalière réduite dans un premier temps à 50 % du

19 mars au 6 mai 2018, puis purement et simplement supprimée dès le 7 mai 2018 - ceci sur la base de l'appréciation réitérée et convaincante du médecin d'arrondissement de l'intimée -, il est inutile d'entrer dans le détail des conclusions du recourant, s'agissant des périodes et pourcentages d'incapacité de travail donnant selon lui droit à des indemnités journalières partielles ou totales s'étendant jusqu'au 30 septembre 2018.

20. Vu ce qui précède, le lien de causalité entre l'événement accidentel du 20 décembre 2016 et les douleurs qui subsisteraient au-delà du 18 mars 2018 doit être nié. Cette conclusion s'impose sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise médicale, comme le souhaite le recourant. Il en va de même de l'audition préalable - que le recourant sollicite -, de son médecin traitant et de son chiropraticien, qui se sont prononcés à de nombreuses reprises dans le cadre de l'instruction de la cause, tant au niveau administratif que sur recours, la chambre de céans étant convaincue sur la base de l'appréciation consciencieuse des preuves fournies que les déclarations des médecins traitant du recourant ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c).

21. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

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