RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4143/2021 **ATAS/732/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 août 2022

4ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à COINTRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER — recourant

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA, sise Richtiplatz 1, WALLISELLEN, p.a. service des sinistres, ZURICH — intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Antonio Massimo DI TULLIO et Larissa ROBINSON-MOSER, Juges assesseur·e·s

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1965, travaille en tant que gérant de restaurants. À ce titre, il est assuré contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de l'Allianz suisse société d'assurances SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée).

b. Le 21 octobre 2016, la voiture dont l'assuré était passager à l'arrière a subi une collision frontale avec un autre véhicule. Celui-ci était assoupi au moment de l'accident. Il a été conduit à l'Hôpital de la Tour, où il a séjourné jusqu'au 24 octobre 2016. Un scanner réalisé lors de son admission n'a pas révélé de fracture de la colonne cervico-dorso-lombaire, ni de lésion cérébrale, thoracique ou abdominale.

c. Dans un rapport du 26 octobre 2016, les médecins de l'Hôpital de la Tour ont posé les diagnostics de traumatisme crânien, de fracture du sinus maxillaire droit avec hémato-sinus et fracture non déplacée de l'os propre du nez, et de dorso-lombalgies à la suite d'une contusion. Lors de l'accident, l'assuré avait perdu connaissance, sans somnolence, avec nausées mais sans vomissements. Il avait eu des céphalées diffuses après le traumatisme crânien simple, que les antalgiques avaient rapidement soulagées et qui avaient disparu. Il persistait quelques dorso-lombalgies.

d. La doctoresse B_____, spécialiste FMH en médecine générale, a attesté une incapacité de travail totale de l'assuré de la date de l'accident au 30 novembre 2016, puis de 50% dès le 1er décembre 2016. L'assuré a repris le travail à plein temps le 12 janvier 2017.

e. Interpellé par l'assurance sur son état de santé, l'assuré a signalé le 28 juin 2017 qu'il ressentait encore des douleurs dans la mâchoire lors de la mastication, de fréquents maux de tête et de légères pertes de mémoire. Après avoir une nouvelle fois été interrogé sur l'évolution de son état de santé, il a mentionné le 3 novembre 2017 une insensibilité au niveau de la pommette, une impossibilité à mastiquer du côté droit, et des douleurs au dos.

f. Le 9 novembre 2017, le docteur C_____, spécialiste FMH en neurologie, a été consulté par l'assuré, qu'il avait déjà vu en 2011 en raison d'une aura migraineuse. L'évolution clinique après l'accident avait été satisfaisante, mais l'assuré se plaignait parfois encore d'une céphalée matinale et d'un léger trouble de la concentration. Il avait repris son travail et était capable de gérer ses employés et de tenir la comptabilité. A l'issue de son examen, le Dr C_____ a retenu que la symptomatologie était vraisemblablement compatible avec un léger syndrome post-traumatique persistant, tout de même très favorable. Il a prescrit de l'amitriptyline contre la céphalée matinale et afin d'améliorer le sommeil, un peu fractionné.

g. Le docteur D_____, médecin au Service de chirurgie maxillo-faciale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a rapporté à la suite de la consultation du 27 novembre 2017 une nette amélioration dans le territoire du nerf V2 à droite. Il n'y avait pas de déficit moteur ni d'atteinte de ce nerf. Le reste de l'examen était sans particularité. Depuis le traumatisme crânien, l'assuré décrivait des céphalées importantes, persistant malgré un traitement hypotenseur adapté. Le Dr D_____ notait la persistance d'une gêne au niveau du quadrant I sur une probable lésion de la branche alvéolaire du V2. Une IRM du crâne était prescrite pour explorer ces céphalées persistantes.

h. Le 31 août 2018, l'assuré a indiqué à l'assurance qu'il n'était toujours pas rétabli. Il souffrait d'énormes maux de tête, de légères pertes de mémoire, et de douleurs à la mâchoire et au dos.

i. Dans un rapport du 20 novembre 2018, le Dr C_____ a indiqué que l'assuré décrivait une céphalée extrêmement brève durant une ou deux minutes, se répétant une à deux fois par jour, peu invalidante puisqu'il travaillait toujours, et qui s'inscrivait probablement dans le cadre d'une légère céphalée de tension. Il signalait également des céphalées beaucoup plus intenses en altitude, compatibles avec des épisodes migraineux intenses. Le Dr C_____ avait rassuré l'assuré sur l'origine de ces céphalées et lui avait prescrit un médicament qui devait le soulager et au moins diminuer la fréquence des céphalées de tension.

j. Le 16 janvier 2019, l'assurance a rendu une décision niant à l'assuré le droit aux prestations pour accident en lien avec les céphalées.

k. L'assuré a contesté cette décision le 16 février 2019, affirmant que ses maux de tête, survenant ponctuellement et pour quelques secondes, n'étaient apparus qu'après l'accident. Son traitement aux HUG se poursuivait.

l. Le docteur E_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a été consulté par l'assuré le 7 mars 2019 en raison d'une augmentation de ses lombalgies basses. L'IRM du même jour montrait une légère aggravation de la hernie discale préexistante L4-L5 droite et l'apparition d'une sténose foraminale bilatérale L5-S1. Ce médecin préconisait quelques séances de physiothérapie.

m. Le 19 mars 2019, l'assurance a précisé à l'assuré qu'elle n'avait reçu aucune facture des HUG pour le problème maxillaire, ni pour la physiothérapie. Elle s'était uniquement prononcée sur les maux de tête, relevant des céphalées de tension selon le Dr C_____. Elle a invité l'assuré à lui faire parvenir un rapport de son médecin traitant exposant les motifs pour lesquels les conclusions du Dr C_____ seraient erronées.

Les 18 avril et 26 juillet 2019, l'assurance a derechef invité l'assuré à lui faire parvenir tout document utile à l'appui de son opposition.

n. Dans un rapport du 3 mai 2019, un médecin du service de chirurgie maxillo-faciale des HUG a rappelé le diagnostic de fracture de la paroi antérieure sous-

maxillaire droite. L'évolution et le pronostic étaient bons, et il n'y avait aucun traitement en cours.

o. Le docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie, au service de neurologie des HUG, a examiné l'assuré le 20 juin 2019. Il a diagnostiqué un syndrome après traumatisme crânien mineur persistant, avec céphalées épisodiques, troubles de la concentration et de la mémoire de travail, sensations épisodiques d'ébriété et anxiété. Dans les antécédents, le Dr F_____ a relevé des notions de migraines avec aura visuelle. Depuis le traumatisme, l'assuré présentait des céphalées constrictives quotidiennes durant quelques secondes, d'intensité sévère, d'occasionnels vertiges non rotatoires, et surtout des plaintes cognitives touchant la concentration et la mémoire de travail, avec oubli de l'activité en cours. Il n'y avait pas de répercussion au quotidien, et l'assuré ne suivait pas de traitement. L'IRM du 8 décembre 2017 s'était révélée normale. Le Dr F_____ a prescrit un traitement pour les céphalées, et des séances de rééducation avec une neuropsychologue pour les plaintes cognitives. Il préconisait les habituelles mesures d'hygiène de vie (activité physique régulière, éviter le stress, bon sommeil).

p. La doctoresse G_____, neuropsychologue, a indiqué dans un rapport du 14 octobre 2019 au médecin-conseil de l'assurance que l'assuré, qu'elle avait vu à trois reprises, se plaignait d'oublis et d'erreurs dans son travail. Au niveau émotionnel, il stressait plus rapidement et n'arrivait pas toujours à faire les choses et à se concentrer. Il était devenu un peu plus agressif, ce qui avait un impact sur ses relations. Il s'était montré assez revendicateur par rapport à la mauvaise prise en charge médicale des suites de son accident. La neuropsychologue lui avait expliqué les séquelles possibles à long terme après un traumatisme crânien, et la nécessité de mettre en place des stratégies afin de pouvoir fonctionner adéquatement. Elle l'avait également encouragé à adopter une bonne hygiène de vie. Enfin, ils avaient abordé quelques éléments de gestion du stress, notamment par des techniques comportementales. L'assuré semblait espérer de cette prise en charge une guérison miraculeuse, ce qui n'était naturellement pas possible, de surcroît chez une personne ayant probablement déjà subi plusieurs traumatismes crâniens, qui dormait peu, qui était patron de restaurants et travaillait selon des horaires tardifs et sous stress. Pour cette raison, la poursuite de la prise en charge n'avait pas été jugée nécessaire au-delà de trois séances.

q. Dans une appréciation du 1er novembre 2019, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, a retenu un traumatisme crânien mineur avec perte de connaissance, et une fracture de la paroi antérieure du sinus maxillaire droit. Au plan neurologique, des céphalées de deux types avaient été diagnostiquées. L'examen IRM était normal, sans séquelles d'un traumatisme crânien initial. Sur le plan stomatologique, une névralgie d'une branche terminale du nerf trijumeau en voie de récupération était retenue. Il n'y avait pas de motif de revenir sur la prise de position antérieure, selon laquelle les

céphalées étaient des pathologies médicales (*sic*), et les troubles neuropsychologiques décrits n'avaient pas de substrat organique.

r. Par courrier du 6 novembre 2019, l'assurance a indiqué à l'assuré que le traitement des atteintes somatiques à la santé (fracture de la paroi antérieure du sinus maxillaire droit) était terminé au plus tard le 3 mai 2019, et que son obligation de prester pour cette atteinte s'éteignait à cette date. Il n'y avait pas de relation de causalité entre l'accident et les céphalées selon son service médical. Les critères dégagés par la jurisprudence pour établir un lien de causalité entre les troubles neuropsychologiques décrits et l'accident, de gravité moyenne à la limite des accidents légers, n'étaient pas réalisés.

s. Par décision du 16 janvier 2020, annulant et remplaçant celle du 16 janvier 2019, l'assurance a repris les termes de son courrier du 6 novembre 2019 et mis un terme à la prise en charge du cas à partir du 3 mai 2019.

t. L'assuré s'est opposé à cette décision le 20 février 2020, arguant que le traumatisme crânien causé par l'accident avait encore des répercussions sur son quotidien, avec des oublis ou des erreurs. Il avait fréquemment des maux de tête très violents et des nausées, ainsi que des craquements de la mâchoire lors de la mastication. Son degré de stress avait augmenté et il avait des difficultés de concentration. Ces troubles étaient indéniablement en lien avec son accident. Il a conclu à l'annulation de la décision et à la mise en œuvre d'une expertise.

Il a joint une attestation du 16 décembre 2019 de la doctoresse I_____, spécialiste FMH en psychiatrie, selon laquelle il souffrait de séquelles de son accident, qui malgré une prise en charge adéquate entraînaient des céphalées de tension quasi quotidiennes, des épisodes migraineux intenses et persistants, et des plaintes au niveau de la sensibilité de la moitié droite du visage, correspondant aux fractures décrites. Sa qualité de vie était réduite et il décrivait une importante souffrance au quotidien. Par ailleurs, il présentait un syndrome dépressif réactionnel d'intensité moyenne, consécutif à la persistance des séquelles de son accident, une importante fatigabilité, de même qu'une symptomatologie évoquant un état de stress post-traumatique avec des symptômes traduisant une hyperactivité neurovégétative, aggravée par un important sentiment de détresse face à la situation. Il était actuellement en arrêt de travail à 50 % afin d'éviter toute surstimulation stressante susceptible d'entraîner une péjoration thymique. Il était indispensable de réévaluer les séquelles somatiques et psychiques de son accident afin qu'il puisse poursuivre ses soins et retrouver une meilleure qualité de vie.

u. Par décision du 19 juin 2020, l'assurance a nié le droit aux prestations pour accident liées à l'état dépressif moyen invoqué, qui n'était pas en relation de causalité adéquate avec l'accident.

v. L'assuré s'est opposé à cette décision le 29 juillet 2020, concluant à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise. Il a affirmé que ses troubles étaient en lien avec son accident et reproché à l'assurance de ne pas avoir procédé

à des investigations. La position de l'assurance exacerbait son état anxio-dépressif. Il a joint un rapport du 28 juillet 2020 de la doctoresse J_____, généraliste, faisant état d'une consultation le 14 juillet 2020 et indiquant que l'état anxio-dépressif pourrait avoir été déclenché par des accidents (braquage en 2000 et accident en 2016), et qu'une évaluation cognitive et neuropsychologique pour en déterminer l'incidence était nécessaire.

w. Par décision du 8 novembre 2021, l'assurance a écarté les oppositions de l'assuré, répétant que les céphalées, les troubles neuropsychologiques et l'état anxio-dépressif n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec l'accident.

B. **a.** L'assuré a interjeté recours contre cette décision par écriture du 6 décembre 2021. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique, psychiatrique et neurologique afin de déterminer si les affections étaient en lien de causalité tant naturelle qu'adéquate avec l'accident du 21 octobre 2016 ; principalement à l'annulation de la décision sur opposition et des décisions du 16 janvier et 19 juin 2020 ; à ce qu'il soit dit et constaté que ses affections étaient en lien de causalité avec l'accident ; à ce que l'intimée soit condamnée à verser les prestations d'assurance ; et subsidiairement à l'annulation de la décision sur opposition et des décisions du 16 janvier et 19 juin 2020 ; au renvoi de la cause à l'intimée afin qu'elle procède aux actes d'instruction nécessaires pour déterminer l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 21 octobre 2016 et ses affections, notamment par une expertise multidisciplinaire.

Le recourant a soutenu que l'accident avait été grave et impressionnant et l'avait profondément marqué. Il a reproché à l'intimée d'avoir violé le droit en se contentant de l'avis du Dr H_____ sans autre mesure d'instruction. Une expertise devrait déterminer si ses céphalées, apparues après l'accident, étaient dues à ce dernier ou à la maladie. La position de l'intimée selon laquelle le statu quo ante serait survenu en 2019 ne reposait sur aucune donnée médicale. Même si l'accident devait être qualifié de gravité moyenne, force était de constater que quatre des critères requis par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité adéquate avec ses troubles étaient réalisés : le caractère impressionnant de l'accident, la gravité des lésions, l'intensité des douleurs ayant nécessité un traitement à base de morphine dans les premiers jours suivant l'accident, et les difficultés apparues en cours de guérison, avec persistance des céphalées et d'un syndrome dépressif d'intensité moyenne, en raison notamment de l'échec des traitements médicaux depuis plus de 4 ans et du stress post-traumatique. Le lien de causalité adéquate devait ainsi être admis.

Le recourant a notamment produit des photographies de l'accident, sur lesquelles on voit un véhicule au capot complètement embouti et un airbag déployé, ainsi qu'un rapport du 23 novembre 2021 du docteur K_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, selon lequel le recourant souffrait depuis 2016 de vertiges chroniques associés à des sensations nauséeuses dues à un déficit vestibulaire périphérique gauche ainsi que de céphalées chroniques, ces

symptômes étant survenus à la suite d'un accident ayant entraîné un traumatisme cranio-cérébral. Le recourant était suivi par des spécialistes en ORL et neurologie depuis ce jour et suivait un traitement médicamenteux avec un effet mitigé sur les symptômes, et de séances de physiothérapie vestibulaire. Il présentait également des lombalgies chroniques depuis l'accident, dans un contexte de cure de hernie discale. Des troubles du sommeil étaient décrits. Un syndrome de stress post-traumatique était suspecté et devrait être confirmé par un psychiatre.

b. Dans sa réponse du 7 mars 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de dépens.

Elle a allégué que le rapport du Dr H_____ avait valeur probante. Le rapport de la Dresse I_____, fondé sur les allégations du recourant, ne suffisait pas à établir un lien de causalité naturelle entre l'accident et ses troubles. Le rapport de la Dresse J_____ ne permettait pas non plus de retenir un tel lien. L'atteinte psychique n'avait été évoquée que le 20 février 2020. Le recourant n'apportait aucun élément médical attestant la durée de sa prise en charge, le suivi psychique mis en place et les incapacités de travail. La fin du droit aux prestations au 3 mai 2019 correspondait au rapport des HUG du même jour. En toute hypothèse, il n'y avait pas de lien de causalité adéquate entre les troubles neuropsychologiques et l'accident.

c. Dans sa réplique du 22 mars 2022, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il a fait valoir qu'il ne lui incombait pas de fournir des éléments médicaux démontrant un lien de causalité naturelle entre ses affections et son accident. Vu la force de la collision, ayant projeté la voiture en l'air, l'accident devait être qualifié de grave.

d. Par duplique du 7 avril 2022, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a affirmé avoir instruit le dossier de manière conforme au droit en recueillant plusieurs rapports médicaux et en sollicitant son médecin-conseil.

e. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture au recourant le 11 avril 2022.

f. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - 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. La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Elle est ainsi applicable au présent recours, dès lors qu'il n'était pas pendant à cette date (art. 82*a* LPGA *a contrario*).

3. Le litige, tel que circonscrit par les dispositifs des décisions confirmées sur opposition, porte sur la fin de la prise en charge du cas à partir du 3 mai 2019 d'une part et sur l'absence de droit aux prestations en ce qui concerne l'état anxio-dépressif d'autre part.

4. Le recours a été déposé dans les forme et délai prévus par les art. 56ss LPGA.

S'agissant des autres conditions de recevabilité du recours, on rappellera qu'elles supposent notamment que le recourant ait la qualité pour recourir (Jean METRAL *in* Commentaire romand LPGA, nn. 1 et 11 ad art. 59). L'art. 59 LPGA dispose que quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. La notion d'intérêt digne de protection de l'art. 59 LPGA est la même que celle prévue dans la procédure fédérale de recours (ATF 130 V 388 consid. 2.2). L'intérêt digne de protection consiste en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. L'intérêt doit être direct et concret (ATF 130 V 196 consid. 3). Exceptionnellement, il convient de renoncer à l'exigence d'un intérêt actuel lorsque la contestation peut se reproduire en tout temps dans des circonstances identiques ou analogues, que sa nature ne permet pas de la trancher avant qu'elle ne perde de son actualité et qu'il existe un intérêt public suffisamment important à la solution de la question litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 2C_867/2019 du 14 avril 2020 consid. 3.3).

Les prestations dues en raison d'un accident couvrent le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA) en cas d'incapacité de travail, puis dès la stabilisation de l'état de santé le droit à une rente d'invalidité (art. 18 ss LAA) ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA).

En l'espèce, le recourant a notamment conclu à ce que l'intimée soit condamnée à verser les prestations d'assurance, sans préciser quelles sont les prestations qu'il sollicite concrètement. Or, s'agissant du droit à des indemnités journalières, les médecins traitants n'ont pas signalé de restriction de sa capacité de travail au-delà du 3 mai 2019, les Drs C_____ et F_____ soulignant en particulier que les plaintes neurologiques n'avaient pas de répercussion sur ce plan. Par la suite, la Dresse I_____ a bien mentionné une activité exercée à 50 % dans son certificat du 16 décembre 2019, mais le recourant n'a pas allégué d'incapacité de travail dans son recours et n'a pas fourni de certificat médical qui l'attesterait. En ce qui concerne le droit au traitement médical, il n'affirme pas qu'il poursuivrait un traitement en lien avec ses troubles. Certes, le Dr K_____ a fait état de suivis

ORL et neurologiques en novembre 2021. Le recourant ne s'en est toutefois pas prévalu dans ses écritures, et il n'a produit aucune facture ou attestation de suivi par un médecin spécialisé dans l'un de ces domaines. Les Drs F_____ et C_____ n'ont d'ailleurs pas mentionné de traitement suivi postérieurement au 3 mai 2019, pas plus que le Dr D_____. Les quelques séances de physiothérapie préconisées par le Dr E_____, à supposer qu'elles soient en lien avec l'accident, ont également été prescrites largement avant cette date.

Cela étant, le remboursement des trois séances de neuropsychologie avec la Dresse G_____, qui ont vraisemblablement eu lieu après le 3 mai 2019, pourrait être litigieux – quand bien même il n'apparaît pas en l'état du dossier que le recourant en aurait requis la prise en charge et que l'intimée l'aurait refusée. L'admission du recours pourrait ainsi conférer un avantage au recourant, celui-ci pouvant éventuellement demander le paiement par l'intimée de ces soins. Cela suffit à reconnaître l'existence d'un intérêt digne de protection, et partant de la qualité pour recourir.

Le recours est ainsi recevable.

5.

5.1 La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1).

5.2 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 la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1).

5.3 Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 3.2). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement. En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques, tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un

traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_339/2007 du 6 mai 2008 consid. 2.1 et les références).

5.4 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1). En revanche, l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'événement assuré et l'atteinte à la santé est une question de droit (arrêt du Tribunal fédéral 8C_649/2019 du 4 novembre 2020 consid. 6.1.3). Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat du lien de causalité doivent être remplis cumulativement pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1).

6. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre des troubles non objectivés et 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. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que

l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_729/2016 du 31 mars 2017 consid. 5.2 et les références).

7. Sont seules déterminantes pour apprécier le degré de gravité d'un accident les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies, qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité, ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.3.1. et les références).

Parmi les accidents qualifiés de gravité moyenne par la jurisprudence, on peut citer les cas suivants : véhicule de l'assuré qui est abruptement freiné lors d'une manœuvre de dépassement à 100 km/h, dérape, heurte un muret de pierre, se renverse et s'arrête sur le côté conducteur (arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2007 du 5 février 2008 consid. 4.2.2) ; voiture qui lors d'un dépassement est touchée sur le côté par un camion et se renverse (arrêt du Tribunal fédéral 8C_743/2007 du 14 janvier 2008 consid. 3), automobile qui quitte la route et se renverse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 213/06 du 29 octobre 2007 consid. 7.2) ; voiture qui sur l'autoroute dérape dans un virage, se retourne et atterrit sur le toit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 258/06 du 15 mars 2007 consid. 5.2) ; assuré qui perd la maîtrise de son véhicule lancé à 90 km/h sur l'autoroute, lequel heurte la glissière centrale de sécurité avant de se retourner et d'atterrir sur la voie opposée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/06 du 16 mai 2007 consid. 4.2) ; piéton renversé par une voiture roulant entre 40 km/h et 50 km/h alors qu'il traverse la route (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 128/03 du 23 septembre 2004 consid. 5.2.2) ; voiture percutée à l'avant droit par un automobiliste circulant à une vitesse de l'ordre de 50 km/h (arrêt du Tribunal fédéral 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3) ; assuré arrêté à un feu de signalisation et dont la voiture est percutée à l'arrière par un autre véhicule et projetée sur une distance de quinze mètres (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2) ; voiture qui est percutée à l'arrière sur l'autoroute et qui emboutit l'automobile qui la précède (arrêt du Tribunal fédéral 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 7.1) ; voiture percutée à 120 km/h sur l'autoroute par un véhicule venant de l'arrière, et qui sous l'effet du choc fait plusieurs tours sur elle-même avant de heurter le talus herbeux longeant la bande d'urgence et de se retourner sur le toit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 172/06 du 10 mai 2007 consid. 7.3) ; cycliste percuté par l'arrière par une voiture (arrêt du Tribunal fédéral 8C_495/2007 du 31 janvier 2008 consid. 4.3) ; piétonne heurtée frontalement sur un passage piéton par un véhicule roulant à environ 40-50 km/h (arrêt du Tribunal fédéral 8C_546/2013 du 24 septembre 2013 consid. 3.2) ; conductrice d'une motocyclette renversée par un automobiliste qui lui a soudainement coupé la route (arrêt du Tribunal fédéral des

assurances U 119/06 du 23 mai 2007 consid. 6) ; assurée qui traversait à vélo, à une vitesse réduite, un passage sécurisé par des feux lorsqu'elle a été heurtée latéralement par un scooter roulant à vitesse modérée mais sans avoir freiné, projetant la victime à une distance de plus de 9 mètres (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 7.3) ; assuré à moto remontant une colonne de voitures à l'arrêt, entrant en collision avec une automobile venant en sens inverse qui lui a coupé la priorité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 183/00 du 29 janvier 2001 consid. 3a) ; collision frontale entre deux véhicules roulant à une vitesse modérée au moment de l'impact (arrêt du Tribunal fédéral 8C_961/2012 du 18 juillet 2013 consid. 5.1).

Ont été considérés comme des accidents moyens à la limite des accidents graves la violente collision d'un poids-lourd avec la voiture d'un assuré, qui se trouvait à l'arrêt et a été entraînée en avant sur plusieurs dizaines de mètres (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 190/04 du 22 juin 2005 consid. 5.1), le cas d'un conducteur de scooter qui est précipité au sol lorsqu'il est percuté par une camionnette qui n'a pas freiné avant l'impact, le Tribunal fédéral ayant noté que l'assuré au guidon d'un scooter est très vulnérable en cas de collision frontale avec un véhicule de ce type (arrêt du Tribunal fédéral 8C_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.3) ; violente collision de front d'une voiture par une voiture venant en sens inverse, entraînant plusieurs fractures chez la passagère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 412/05 du 20 septembre 2006 consid. 5.2.1), accident entraînant l'éjection à grande vitesse de l'assurée d'une voiture qui fait plusieurs tonneaux sur la voie opposée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 502/06 du 23 avril 2007 consid. 3.2.2) ; chute d'une hauteur de plusieurs mètres sur le dos et le séant avec des fractures et des contusions (RAMA 1998/5 n° U 307 p. 448 consid. 3a).

8. En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant ne présente pas de lésion organique pouvant expliquer les troubles neurologiques, neuropsychologiques et psychiques.

8.1 On soulignera que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre ces atteintes et l'accident d'octobre 2016 n'a pas été établie à satisfaction de droit - les rapports du Dr C_____ semblant toutefois plaider à l'encontre d'un tel lien, s'agissant des maux de tête, puisqu'il retient des céphalées de tension. Des investigations médicales pour élucider cette question sont cependant inutiles, conformément à la jurisprudence, dès lors qu'un lien de causalité adéquate entre les atteintes non objectivées par un substrat organique et l'accident doit en toute hypothèse être nié.

8.2 En ce qui concerne la qualification de l'événement d'octobre 2016, ayant consisté en une collision frontale entre deux véhicules, il doit être classifié dans les accidents de gravité moyenne au vu de la casuistique rappelée ci-dessus. On ne saurait considérer qu'il est à la limite des accidents peu graves, comme le soutient l'intimée. Le recourant ne peut quant à lui pas être suivi en tant qu'il affirme que

l'accident serait grave. Il se réfère notamment sur ce point à l'audition du 26 octobre 2016 du conducteur du véhicule accidenté, qui a déclaré à la gendarmerie qu'il avait ressenti que la voiture s'était soulevée « parce qu'il avait entendu le bruit du véhicule touchant ensuite le sol ». Le recourant affirme que le soulèvement de la voiture démontre les forces en jeu, et partant la gravité de l'accident. Il soutient également que les lésions qu'il a subies révèlent la violence et la gravité de l'accident. Or, le fait que le véhicule ait pu se soulever quelque peu – ce qui n'est d'ailleurs pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante mais correspond uniquement à la sensation décrite par son conducteur – en réaction à un impact ne suffit pas à conclure à des forces particulièrement marquées. Le véhicule n'a en particulier ni été renversé, ni quitté la route. Quant aux fractures subies, elles ne sont pas un critère déterminant pour la classification de l'accident, conformément à la jurisprudence. Par ailleurs, le fait que les deux autres passagers du véhicule accidenté se sont sortis quasiment indemnes de cet accident selon les déclarations à la gendarmerie – le conducteur ayant notamment exposé avoir pu quitter l'hôpital le jour même de l'événement – démontre que le critère des lésions subies n'est pas nécessairement pertinent pour juger de la violence d'un accident.

8.3 En ce qui concerne les différents critères permettant de retenir un lien de causalité adéquate entre un accident et des atteintes non objectivées, la chambre de céans retient ce qui suit.

Pour ce qui a trait au caractère impressionnant, le Tribunal fédéral admet qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit toutefois pas pour admettre l'existence du critère en question (arrêts du Tribunal fédéral 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 5.1 et 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.4.1). Ce critère a été considéré comme réalisé dans le cas d'une collision entre une voiture et un camion dans un tunnel d'autoroute, avec de nombreux heurts contre le mur du tunnel ; d'une collision entre une voiture et un semi-remorque, le conducteur du semi-remorque n'ayant pas remarqué le véhicule dans lequel se trouvait l'assuré et l'ayant poussé sur une distance de 300 mètres ; ou d'une importante embardée du véhicule qui perd une roue sur l'autoroute alors qu'il circule à haute vitesse, avec plusieurs tonneaux et projection d'un passager hors du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral 8C_817/2009 du 26 mars 2010 et les références). Il a également été reconnu dans le cas d'un accident où la voiture que conduisait l'assurée s'est encastrée dans un arbre, entraînant le décès de sa mère qui occupait le siège passager. Il a en revanche été nié dans plusieurs cas de chutes à vélo sur la chaussée, consécutives à un freinage brusque sans collision avec un autre véhicule (arrêt du Tribunal fédéral 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.4.1 et les références).

En l'espèce, ce critère doit être nié. Il n'existe en effet aucune circonstance particulière qui conférerait un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant à cet accident. On doit en outre souligner que le recourant était

endormi au moment du choc avec l'autre voiture, de sorte qu'il n'a précisément pas vu venir le danger et craint pour sa vie dans l'anticipation du choc en voyant cette voiture arriver en sens inverse. Il a du reste déclaré lors de son audition par la gendarmerie qu'il n'avait pas compris ce qui s'était passé.

Quant au traitement médical, il n'a pas été particulièrement long ni invasif, étant souligné que le recourant a pu quitter l'hôpital quelques jours après l'accident et que les médecins n'ont pas évoqué de suivi particulier après son retour à domicile.

On ne déplore pas non plus d'erreur dans le traitement de l'accident, dont la Dresse I_____ a d'ailleurs souligné l'adéquation. Il n'y a pas non plus eu de difficultés ou de complications durant la convalescence. A ce sujet, contrairement à ce que semble retenir le recourant, les troubles neuropsychologiques ou psychiques - dont l'existence conduit précisément à l'analyse de ce critère - ne sauraient être considérés comme relevant de telles difficultés ou complications, faute de quoi ledit critère serait par définition systématiquement réalisé. Quant à l'incapacité de travail, elle a été brève puisque le recourant a pu reprendre son activité à temps partiel environ un mois après l'accident, et a recouvré une pleine capacité de travail moins de trois mois après sa survenance.

En ce qui concerne les deux derniers critères, s'il n'est pas question de minimiser les fractures subies par le recourant, on peut néanmoins se demander si elles sont d'une gravité telle que ce critère devrait être considéré comme rempli. Quant aux douleurs physiques persistantes, il est loin d'être certain que les céphalées de tension, quelle que soit leur origine, suffisent à l'admission de ce critère. En effet, si elles sont décrites comme très intenses, elles ne durent qu'une à deux minutes une à deux fois par jour et ne sont donc pas permanentes.

Quoi qu'il en soit, en toute hypothèse, même si ces deux critères devaient être considérés comme remplis, le seuil de trois critères exigés pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre des troubles non objectivés et un accident de gravité moyenne ne serait pas pour autant atteint.

Ainsi, on ne saurait retenir que les troubles non organiques du recourant sont en rapport de causalité adéquate avec l'accident d'octobre 2016.

8.4 Compte tenu de ce qui précède, la décision de l'intimée est conforme au droit. Elle doit ainsi être confirmée, sans qu'il soit besoin de procéder aux mesures d'instruction requises par le recourant, par appréciation anticipée des preuves (arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2020 du 10 juin 2020 consid. 3.2).

9. Le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f LPGA *a contrario*).

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