



POUVOIR JUDICIAIRE

A/811/2019

ATAS/1191/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 décembre 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à LES ACACIAS, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Jacques ROULET

recourant

contre

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

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Le 7 septembre 2018, Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1990, a été victime d'un accident de la circulation : alors qu'il circulait à scooter, il a été percuté par une voiture qui sortait d'un parking.

Vers 22 h., l'assuré s'est présenté aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) pour un contrôle, mais est reparti sans être examiné en raison de l'attente.

Devant l'apparition de douleurs dans tout le corps dans l'après-midi du 8 septembre 2018, l'assuré s'est à nouveau présenté aux urgences. Le scanner de la colonne cervicale n'a pas montré de fracture.

2. La Caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA), auprès de laquelle l'assuré était affilié contre le risque d'accidents en sa qualité d'agent d'entretien des trains, a pris le cas en charge.

3. Ont été versés à son dossier, notamment :

- un rapport du 9 septembre 2018 du docteur B_____, des urgences des HUG, expliquant que l'assuré, en scooter, avait été percuté à faible vitesse par un véhicule qui lui avait coupé la route, qu'il avait été éjecté de son scooter avec réception sur le dos et traumatisme crânien postérieur casqué, a priori sans perte de connaissance, qu'initialement, il n'avait pas ressenti de douleurs, que celles-ci étaient survenues le lendemain, dans tout le corps, notamment au niveau du dos et de la nuque ; à l'examen, le médecin avait noté une douleur à la palpation de la colonne cervicale et dorsale, une gêne à la palpation de la musculature paracervicale, une douleur à la palpation de la musculature paralombaire bilatérale et des trapèzes ; la mobilité de l'épaule droite était conservée, l'examen neurologique des membres supérieurs sans particularité, tout comme la marche ; le médecin concluait à des nalgies et douleurs musculaires paralombaires des trapèzes, à l'absence de fracture cervicale et préconisait une antalgie par anti-inflammatoires et du repos avec un arrêt de travail d'une semaine ;
- un scanner de la colonne cervicale du 9 septembre 2018 concluant à l'absence de fracture vertébrale ;
- une radiographie de l'épaule droite du 17 septembre 2018 ne montrant aucune anomalie ;
- un questionnaire rempli par l'assuré le 10 octobre 2018 confirmant qu'il était à scooter lorsqu'une voiture sortant d'un parking lui avait coupé la route et l'avait percuté de plein fouet ;

- une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche du 23 octobre 2018 concluant à un syndrome de friction fémoro-patellaire se traduisant par un épaississement et un œdème, le reste de l'examen étant sans particularité ;
- une radiographie de la colonne lombaire du 23 octobre 2018 ne montrant aucune anomalie ;
- un rapport établi le 1er novembre 2018 par la doctoresse C_____, médecin généraliste et médecin-traitant, concluant à une entorse de la colonne cervicale, à une contusion du genou gauche, à une contusion de l'épaule droite, à une lombalgie, à une cervicalgie et à un état de stress post-traumatique (PTSD) ; les douleurs persistaient aux niveaux des cervicales, des lombaires, de l'épaule droite et du genou gauche, s'accompagnant épisodiquement de céphalées et de nausées ; le patient avait développé depuis l'accident un état anxieux et avait débuté un suivi psychothérapeutique auprès d'une psychologue ; l'arrêt de travail était de 100% pour une durée indéterminée ;
- un examen par le docteur D_____, médecin d'arrondissement, le 15 novembre 2018, relatant que l'assuré portait une minerve souple, que le déshabillage se faisait normalement, sans limitation majeure, que la marche était normale, sans boiterie, que la marche sur la pointe et les talons était possible, ainsi que l'appui monopodal et la position accroupie ; la mobilité de la colonne cervicale était normale, la rotation latérale semblait toutefois difficile et était décrite comme douloureuse, mais le médecin avait observé que durant l'entretien, l'assuré était arrivé à faire des mouvements cervicaux plus importants que ceux constatés lors de l'examen ; l'assuré se plaignait d'une légère douleur dans la région vertébrale, sans contracture paravertébrale ; le médecin avait constaté l'absence de trouble neurologique des membres inférieurs ; des troubles sensitifs étaient évoqués par le patient, mais difficilement objectivables au niveau des membres supérieurs ; l'épaule droite était strictement normale avec une mobilité complète ; l'évaluation au Jamar était incohérente (de 8 kg à droite contre 40 kg à gauche) ; s'agissant du genou gauche, la flexion était complète sans trouble de l'extension, les signes méniscaux étaient négatifs et il n'y avait ni épanchement intra-articulaire, ni laxité ; la mobilité était totalement normale au niveau des chevilles et des pieds ; étaient retenus à titre de diagnostics : une contusion de l'épaule droite, des contusions de la région cervicale, contusions lombaires et des contusions du genou gauche ; aucune anomalie majeure n'avait constatée à l'examen clinique, malgré les plaintes concernant la colonne, le genou gauche et l'épaule droite ;
- une IRM cervicale et lombaire du 16 novembre 2018 constatant l'absence d'anomalie post-traumatique visible aux niveaux cervical ou lombaire ;
- Une appréciation du Dr D_____ du 12 décembre 2018 constatant qu'aucune anomalie post-traumatique visible n'avait été relevée aux radiographies, qu'il n'y avait pas d'anomalie discovertébrale significative, pas d'œdème osseux, que l'ensemble des ligaments était préservé ; seules étaient relevées des anomalies de type dégénératif (débord disco-ostéophyttaire C3-C4 et anomalies de la colonne lombaire sans débord discal) ; les lésions constatées au bilan radiologique étaient cohérentes avec l'examen

clinique normal avec une mobilité de la colonne cervicale satisfaisante, de sorte que la situation ne justifiait pas d'incapacité de travail ;

4. Par décision du 13 décembre 2018, la SUVA a mis un terme au versement de l'indemnité journalière le 18 décembre 2018.
5. Le 15 décembre 2018, le docteur E_____ a conclu à une entorse de la colonne cervicale, à une contusion du genou gauche, à une contusion de l'épaule droite, à une lombalgie post-traumatique, à une cervicalgie post-traumatique et à un état de stress post-traumatique ; la mobilité de la colonne cervicale était bonne, meilleure qu'auparavant ; l'assuré ne portait plus sa minerve, mais se plaignait encore de douleurs à la palpation des apophyses épineuses et de douleurs aux lombaires et au genou gauche.
6. Le 21 janvier 2019, l'assuré s'est opposé à cette décision en contestant pouvoir reprendre le travail le 19 décembre 2018.
7. Par décision du 28 janvier 2019, la SUVA a rejeté l'opposition.

En substance, la SUVA s'est basée sur l'avis de son médecin-conseil.

Elle a relevé que le médecin traitant n'avait pas motivé la prolongation de l'incapacité de travail jusqu'au 31 janvier 2019.

Elle a rappelé que les troubles ne pouvant s'expliquer d'un point de vue organique n'engage sa responsabilité qu'à condition que la causalité adéquate soit réalisée, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence. En effet, l'assuré ayant été victime d'un accident de gravité moyenne à la limite de la catégorie inférieure (accident à faible cinétique selon le rapport des HUG et le constat fait à l'amiable), la causalité adéquate aurait exigé le cumul de quatre critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence (ou un seul d'entre eux mais se manifestant avec une intensité particulière).

8. Par écriture du 28 février 2019, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à la mise sur pied d'une expertise visant à élucider la question de sa capacité de travail à compter du 19 décembre 2018 et, quant au fond, au versement de l'indemnité journalière au-delà du 18 décembre 2018.

Le recourant motive sa demande d'expertise par le fait que l'avis du médecin d'arrondissement diverge de celui de ses médecins-traitants, qu'il reproche à l'intimé d'avoir écarté. Il invoque notamment le rapport de la Dresse C_____ du 1^{er} novembre 2018 et celui du Dr E_____ du 6 décembre 2018.

- Le recourant allègue que la jurisprudence relative aux troubles non explicables d'un point de vue organique ne lui est pas applicable, ses nombreuses douleurs ayant été objectivées par ces deux médecins, qui ont conclu à des entorses et contusions. Il ajoute que le médecin-conseil de la SUVA a d'ailleurs noté des anomalies aux niveaux de l'épaule droite et du genou gauche.

- Il en tire la conclusion qu'il doit être considéré comme inapte à reprendre une activité professionnelle à tout le moins jusqu'au 31 mars 2019.
- A l'appui de sa position, le recourant produit, notamment un courrier rédigé le 20 février 2019 par le Dr E_____ expliquant que l'assuré lui a été adressé suite à l'accident, confirmant les diagnostics posés dans son rapport médical, et précisant que le traitement a consisté en physiothérapie, en repos, en prescription d'anti-inflammatoires, de myorelaxants, voire d'opioïdes. Le médecin ajoute que les examens radiologiques n'ont pas montré de lésions fraîches liées au traumatisme. Une infiltration n'a donné aucun résultat au niveau du genou. Le praticien précise que lorsqu'il a revu l'assuré le 12 février 2019, son genou allait bien et le reste du status était normal. Néanmoins, les contusions laissent des douleurs jusqu'à 4-6 mois. Selon lui, le patient était apte à travailler à compter du 31 mars 2019.

9. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 14 mai 2019, a conclu au rejet du recours.

L'intimée rappelle que la chute dont a été victime l'assuré n'a eu pour conséquences que des contusions et que les examens radiologiques n'ont pas objectivé d'anomalies post-traumatiques.

Selon elle, l'avis de la Dresse C_____ ne saurait être qualifié de circonstancié et détaillé, dès lors que le médecin n'indique pas pour quelles raisons son patient ne serait pas apte à reprendre son activité professionnelle.

Quant au Dr E_____, l'intimée relève qu'il ne motive pas non plus les raisons pour lesquelles il préconise une reprise du travail sept mois après l'événement seulement.

L'intimée en tire la conclusion qu'aucun élément médical objectif n'a été avancé qui soit de nature à faire douter de l'appréciation du Dr D_____.

10. Dans sa réplique du 12 juin 2019, l'assuré a persisté dans ses conclusions.

Il rappelle que ce n'est pas un mais deux médecins qui se sont accordés à dire qu'il ne pouvait reprendre le travail à plein temps avant le 31 mars 2019. Il en tire la conclusion que, puisque ni son médecin traitant, ni le chirurgien orthopédiste qui l'a suivi après son accident ne corroborent la position du médecin d'arrondissement, l'avis de celui-ci ne saurait être suivi sans autre.

11. Dans sa duplique du 4 juillet 2019, l'intimée a persisté à son tour dans ses conclusions.

12. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 20 février 2020.

13. Le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué avoir reçu une première fois l'assuré en consultation le 24 septembre 2018 et l'avoir suivi jusqu'au 12 février 2019.

Lorsqu'il l'a vu la dernière fois, son état ne justifiait plus aucune incapacité de travail.

Interpellé sur les raisons pour lesquelles il avait conclu à une incapacité de travail jusqu'au 30 mars 2019 alors qu'il avait affirmé que de telles contusions pouvaient engendrer des douleurs jusqu'à six mois, le témoin a indiqué qu'il s'agissait-là d'une simple marge. L'incapacité avait été fixée en consilium avec sa consœur.

Le témoin a précisé qu'anatomiquement parlant, une contusion n'est normalement douloureuse que 6 à 12 semaines, mais un PTSD comme celui diagnostiqué chez l'assuré peut expliquer la persistance des douleurs bien au-delà. Par ailleurs, l'activité exercée est lourde, ce qui peut aussi justifier cette prolongation. Le témoin a toutefois admis ne pas savoir exactement en quoi consistent les exigences de l'employeur de l'assuré, "nettoyant d'entretien" de nationalité étrangère.

14. La Dresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne, a été entendue à son tour.

Elle suit l'assuré depuis le 12 septembre 2018, c'est-à-dire juste après l'accident.

Le médecin a admis l'absence d'évidence radiologique au niveau cervical, mais souligné que l'assuré s'est toujours plaint de douleurs à ce niveau depuis la première consultation.

Le médecin a émis l'hypothèse d'une souffrance psychologique immédiate, raison pour laquelle l'assuré a été adressé à la psychothérapeute du centre, fin 2018, puis au docteur F_____, psychiatre, en décembre 2018.

Selon le médecin-traitant, l'assuré est toujours totalement incapable de travailler, en raison, d'une part, des douleurs (cervicales, lombaires et genou gauche), d'autre part, de l'affection psychique (PTSD selon le Dr F_____).

La souffrance psychologique se manifeste par des plaintes d'anxiété, de nervosité, des ruminations et des troubles du sommeil sous forme de cauchemars.

Pour comprendre pourquoi les douleurs persistent en l'absence de lésion objectivable, le patient a été adressé récemment au docteur G_____, neurologue, selon qui l'accident a peut-être révélé un syndrome douloureux chronique, dont le témoin a expliqué qu'il s'agit d'un diagnostic d'exclusion retenu en l'absence d'atteinte objectivable. Dans la mesure où il a été posé par un spécialiste, le médecin-traitant s'y réfère pour justifier l'incapacité durable. Les douleurs fluctuent et migrent, ce qui vient appuyer la thèse du syndrome.

15. Dans ses écritures après enquêtes du 19 mars 2020, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Elle considère que la Dresse C_____ n'avance pas suffisamment d'éléments circonstanciés et détaillés justifiant une incapacité de travail supplémentaire.

Quant au Dr E_____, il a confirmé que l'état de l'assuré ne justifiait plus aucune incapacité de travail d'un point de vue orthopédique le 12 février 2019.

L'intimée rappelle que l'accident a eu lieu le 7 septembre 2018, l'examen du Dr D_____ le 15 novembre 2018 (dix semaines plus tard) et que la reprise de l'activité a été admise à compter du 19 décembre 2018, soit près de quinze semaines après l'accident.

Enfin, elle souligne que d'éventuels troubles psychiques ou non explicables d'un point de vue organique ne sauraient engager sa responsabilité en l'absence d'un lien de causalité adéquate.

16. Dans ses écritures après enquêtes du 19 mars 2020, le recourant a également persisté dans ses conclusions.

Il souligne qu'il souffre d'une part, d'un stress post-traumatique, d'autre part, d'un trouble fonctionnel dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique.

Il retient que le Dr G_____ a amené une explication sur les raisons pour lesquelles ses douleurs ne sont pas objectivables sur le plan orthopédique : il aurait développé dans les suites de l'accident un trouble fonctionnel dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique. Ce trouble a été exacerbé par les traitements administrés. Seule une hospitalisation de deux à trois semaines dans un service de neuro-rééducation permettra de remédier à la situation.

Le recourant en tire la conclusion que ses douleurs sont objectivables sur le plan neurologique et que le trouble de stress post-traumatique complète voire domine le tableau clinique. Une expertise pluridisciplinaire est donc nécessaire.

A l'appui de sa position, le recourant produit, notamment :

- un rapport du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, du 13 juin 2019, expliquant avoir reçu l'assuré en consultation du 5 mars au 20 mai 2019, avoir constaté des douleurs diffuses de toute la colonne et une importante contracture de la musculature lombaire et de la musculature cervicale avec restriction des mobilités ; le médecin note l'absence de trouble neurologique en périphérie, l'absence de pathologie de l'épaule droite, un discret rabet rotulien à droite au genou gauche et une contracture du quadriceps ; selon lui, l'état de stress post-traumatique très important dominait le tableau clinique ; le diagnostic retenu était celui de status après poly-contusions exacerbées et dominées par un état de stress post-traumatique ; le médecin précise que la décision de la SUVA est raisonnable pour les problèmes somatiques ; il souligne que l'état du patient est consécutif à ses troubles psychiatriques post-traumatiques et préconise de demander un avis détaillé à un psychiatre ;
- un rapport intitulé « expertise neuropsychiatrique », du docteur F_____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du 13 juin 2019 ; les diagnostics retenus sont : trouble de stress post-traumatique, troubles de l'adaptation persistants et deuil complexe persistant ;
- une IRM cervicale du 2 décembre 2019 concluant à l'absence de lésion osseuse et à une discopathie protrusive en C3-C4 sans signe franc de conflit ;

- un courrier du docteur G_____, spécialiste FMH en neurologie, du 9 janvier 2020, concluant à un examen clinique et neurologique parfaitement normal et évoquant l'hypothèse d'un syndrome douloureux chronique.

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.
3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA).
4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée de mettre un terme à sa prise en charge le 18 décembre 2018.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'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.

6. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).
7. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières

et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

En 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 (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5).

En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

8. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). 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 (arrêts du Tribunal fédéral

8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa):

- 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. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie 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 du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

9. a. 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).

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

c. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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).

d. 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).

10. En l'espèce, l'intimée a considéré que le lien de causalité entre l'accident et les troubles subsistant encore avait été rompu le 18 décembre 2018, ce que conteste le

recourant qui, en substance, allègue que son incapacité de travail a perduré au-delà de cette date, à tout le moins jusqu'à fin mars 2019.

La question de l'existence d'un lien de causalité naturelle revêt une moindre importance, celle d'un lien de causalité adéquate devant être niée pour les raisons qui suivent.

Force est de constater que, quoi qu'en dise le recourant, les troubles subsistant au-delà du 18 décembre 2018 relèvent des catégories des troubles psychiques – pour ce qui est du diagnostic de stress post-traumatique et de celui de trouble de l'adaptation - et des troubles non objectivables, ce qu'a d'ailleurs confirmé le Dr G_____ en posant le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

Les atteintes physiques objectives, qui se sont résumées à des entorses et contusions, devaient bel et bien être considérées comme résolues le 18 décembre 2018, c'est-à-dire plus de trois mois après l'accident, au vu des observations du médecin d'arrondissement, dont il convient de rappeler qu'il a pu observer, mi-novembre 2018, une marche normale, sans boiterie, une flexion du genou gauche complète, sans trouble de l'extension, des signes méniscaux négatifs, sans épanchement intra-articulaire, une épaule droite strictement normale, avec une mobilité complète, ainsi qu'une colonne cervicale bien équilibrée, à la mobilité normale. Objectivement il n'y avait pas d'anomalie majeure à l'examen clinique, ce qu'a confirmé l'évaluation radiologique du lendemain.

D'un point de vue physique, les Drs C_____ et E_____ n'ont effectivement amené aucun élément objectif qui aurait été ignoré par le Dr D_____. Ils se sont majoritairement référés, pour justifier l'arrêt de travail délivré, aux douleurs subjectives alléguées par le patient, d'une part, au trouble de stress post-traumatique, d'autre part.

La persistance des douleurs en l'absence de tout substrat organique a d'ailleurs trouvé une explication par la suite, avec le diagnostic posé par le Dr G_____.

On se trouve donc bel et bien dans une situation où les troubles psychiques et non objectivables dominent le tableau, de sorte que la jurisprudence rappelée supra trouve application.

Dès lors, il convient de qualifier la gravité de l'accident survenu et de se prononcer sur l'existence d'un lien de causalité entre celui-ci et les troubles encore présents au-delà du 18 décembre 2018.

L'intimée a considéré que le sinistre devait être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, ce qui peut être confirmé, étant rappelé que l'on se trouve en présence d'un accident de la circulation s'étant produit à faible vitesse et n'ayant occasionné que des blessures superficielles.

La raison pour laquelle la jurisprudence a adopté le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce. On ajoutera que la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère (arrêts du Tribunal fédéral 8C_/766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.1.1 et 8C_96/2017 du 24 janvier 2018 consid. 5.1).

En l'occurrence, ce premier critère n'est manifestement pas réalisé, ce que le recourant ne prétend pas au demeurant.

Le critère ayant trait à la gravité ou à la nature particulière des lésions physiques - compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques - ne l'est pas non plus, vu l'absence de lésion radiologique traumatique.

Il en va de même de celui relatif à la durée anormalement longue du traitement médical. C'est le lieu de rappeler que, pour l'examen de ce critère, il ne faut pas uniquement se fonder sur l'aspect temporel; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (arrêts 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3, U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 et les références). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations, même pendant une certaine durée, ne suffisent pas à fonder ce critère (arrêts 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 5.2.2 ; 8C_361/2007 consid. 5.3, U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239). Qui plus est, l'examen des critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident se fait en excluant les aspects psychiques.

En ce qui concerne l'intensité des douleurs, il faut que des douleurs importantes aient existé sans interruption notable durant tout le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA). L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4 p. 128). Certes, en l'occurrence, le recourant continue à se plaindre de douleurs. Cependant, il apparaît que la surcharge psychique a exercé assez tôt une influence majeure sur le tableau algique, en particulier sur son ampleur, puisqu'ainsi qu'on l'a vu, les atteintes physiques, mineures, ont guéri rapidement. Or, la jurisprudence considère que les critères objectifs définis par la jurisprudence, en particulier celui des douleurs physiques persistantes, doivent être examinés en faisant abstraction des éléments psychiques (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409). Dans ces conditions, on ne voit pas que les douleurs physiques se soient manifestées d'une

manière particulièrement marquante en l'occurrence et le critère des douleurs physiques persistantes n'apparaît dès lors pas réalisé.

Le recourant ne soutient pas qu'une erreur aurait été commise dans le traitement médical qui aurait entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident.

Quant au critère relatif au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il convient de rappeler qu'il ne se mesure pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, il n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (arrêts du Tribunal fédéral 8C_766/2017 du 30 juillet 2018 consid. 6.3.3 et 8C_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2).

Il résulte de ce qui précède que les critères n'étant pas remplis, c'est à juste titre que l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les problèmes psychiques/non objectivables ayant subsisté au-delà du 18 décembre 2018. Le recours est donc rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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