

GE_GERICHTE A/1393/2015 vom 19. Oktober 2015

GE Cour de justice, 2015-10-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1393_2015

FR: GE_GERICHTE A/1393/2015 du 19 octobre 2015

IT: GE_GERICHTE A/1393/2015 del 19 ottobre 2015

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à PÉRON, France recourant contre VISANA SERVICES SA * VISANA ASSURANCES SA, sise Weltpostrasse 19, BERNE *Rectification d'une erreur matérielle le 10.12.2015/TOD/WMH intimée EN FAIT 1.

Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), ressortissant français, né _____ 1983, infirmier, domicilié à Peron / France, est employé, à Genève, auprès de B_____. A ce titre il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels (LAA), auprès de Visana assurances SA (ci-après : Visana, l'assureur-accident ou l'intimée).!

2. Le 11 juillet 2013, alors qu'il rentrait à domicile à la fin de son travail, au volant de son véhicule, Citroën Saxo, inattentif et n'ayant pas pu freiner suffisamment tôt, il a embouti avec l'avant de son véhicule la Honda Jazz qui le précédait, dont la conductrice entreprenait d'entrer dans une place de parc.!

3. Son employeur a annoncé le sinistre à l'assureur-accidents le 12 juillet 2013. !

4. La première consultation médicale a eu lieu le 12 juillet 2013 chez la doctoresse C_____, médecin généraliste à Saint-Jean-de-Gonville. Ce médecin a posé le diagnostic d'entorse cervicale. Cette praticienne a constaté des douleurs à la palpation du rachis cervical et une impotence fonctionnelle. Les radiographies de la colonne cervicale ont montré un minime trouble de la statique, et l'IRM ne présentait quant à elle aucune anomalie. Elle a prescrit du repos et des anti-inflammatoires (AINS). Elle a également délivré un certificat d'incapacité de travail à 100 % dès ce jour-là, jusqu'au 16 juillet 2013. !

5. Par la suite l'assuré, vu la persistance des troubles, a consulté plusieurs médecins, notamment dans les domaines de la médecine générale, de la rhumatologie, de la neurologie, de l'orthopédie et de l'orthodontie. Il a également suivi les traitements de physiothérapie, de mésothérapie, d'ostéopathie, d'acupuncture et de psychothérapie.!

6. La doctoresse D_____, rhumatologue, a indiqué dans un rapport du 21 août 2013 à son confrère le docteur E_____, médecin généraliste, avoir vu l'assuré au début août 2013 pour entorse cervicale suite à un accident sur la voie publique (AVP) ; elle a noté que le lendemain de l'accident l'intéressé se plaignait d'un torticolis. A l'examen elle a retenu un blocage cervical aigu noyé dans des contractures. Elle a prescrit des médicaments (Klipal fort, Miorel et Valium). Le 21 août 2013, revoyant le patient, elle a relevé au bilan radiologique, que, selon une radiographie de 2010, on constatait une discopathie débutante L5-S1, raideur et rectitude cervicale. À la radiographie du rachis cervical de juillet 2013, on notait essentiellement une rectitude, superposable à celle constatée en 2009. L'IRM d'août 2013 relevait une minime protrusion C4/5/6 non retenue par le radiologue ; pas d'hypersignal : l'IRM devait être considérée comme normale. À l'examen du jour, elle retenait moins de contractures, persistantes cependant au niveau de la charnière cervico-dorsale, de l'insertion occipitale gauche et angulaire omoplate droite, sans blocage segmentaire. En pratique elle préconisait de la kinésithérapie, la prise de paracétamol et de Klipal et Miorel ainsi que de la

mésothérapie. Elle conseillait au patient de reprendre une vie normale et d'envisager la reprise du travail dans un mois.![endif]>![if> 7. Le 30 août 2013, le docteur F_____, spécialiste en médecine physique et de réadaptation, a prolongé un arrêt de travail à 100 % à compter du 23 août jusqu'au 22 septembre 2013. ![endif]>![if> 8. Le 20 septembre 2013, en réponse à un questionnaire de l'assureur-accident au sujet de la capacité de travail, ce médecin a posé le diagnostic d'entorse bénigne du rachis cervical (whiplash), de syndrome post-traumatique avec quelques éléments de PTSD (trouble de stress post-traumatique) en voie de résolution, d'atteinte à l'articulation temporo-mandibulaire (ATM) gauche en cours d'investigation. Le patient se plaignait actuellement de cervicalgies, de sensations vertigineuses, de dorsalgies, lombalgies, de douleurs ATM gauche, de céphalées, de réminiscences et d'asthénie. Le médecin a constaté une limitation douloureuse du rachis cervical, mais pas de limitations du rachis lombaire, et des retentissements psychologiques en voie d'amélioration. Pas de complications radiculaires. Il a prolongé l'incapacité de travail à 100 % jusqu'au 23 octobre 2013. Il a également précisé qu'à terme il n'aurait pas de restrictions à son poste d'infirmier à 80 %. Il pourrait le reprendre sans aménagements particuliers. Une reprise de travail n'était pas prévue pour l'instant. Une formation étant programmée de longue date à raison de deux à trois jours par mois à compter du 2 octobre 2013, il l'autorisait au patient, ce qui aurait l'avantage de le réinsérer progressivement à son travail. Il serait revu le 23 octobre 2013 pour juger de l'évolution et des possibilités de reprise de travail. Son pronostic était très bon, car il n'y avait pas de lésions physiques ostéo-disco-ligamentaires (sous réserve des investigations en cours pour l'ATM gauche), et les éléments de PTSD étaient en voie d'amélioration.![endif]>![if> 9. A partir du mois de janvier 2014, l'assuré a repris le travail à 50 %, mais uniquement pendant une semaine. Il a repris le travail à 50 % au mois de février 2014, puis à 75 % durant quelques jours au mois de mars 2014. Il était prévu qu'il reprenne le travail à 80 % dès le mois d'avril 2014, mais il a fait une rechute qui a entraîné un nouvel arrêt de travail à 100 %. Il se prolongera jusqu'en septembre 2014.![endif]>![if> 10. Le 10 avril 2014, le docteur G_____, neurologue, à qui l'assuré avait été adressé par son médecin traitant, le docteur H_____, a constaté que l'examen neurologique ne montrait ni déficit des paires crâniennes, ni signe d'atteinte des voix longues. Le patient gardait une douleur cervicale, notamment à gauche; les mouvements de rotation de la tête vers la gauche aggravaient l'intensité de la douleur. Il était par conséquent important d'approfondir le bilan des éventuelles lésions osseuses ou articulaires. ![endif]>![if> 11. Le 16 mai 2014 le Dr G_____ a ordonné un scanner, lequel n'a pas montré de contrainte radiculaire ou médullaire. En revanche il a constaté une raideur musculaire marquée avec ébauche d'inversion de courbure. Ce praticien a préconisé un traitement de kinésithérapie. Il a enfin constaté qu'actuellement l'évolution était plutôt favorable, laissant prévoir une sédation des douleurs dans les quelques semaines.![endif]>![if> 12. Visana a soumis le dossier de l'assuré à son médecin-conseil, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie, qui a conclu dans son rapport du 6 juin 2014, en résumé, qu'au vu des éléments médicaux figurant au dossier une incapacité de travail persistant après une année de la survenance de l'accident ne trouvait plus de justification : le statu quo sine vel ante était atteint à fin mars 2014. ![endif]>![if> 13. L'assureur-accident, se fondant sur les conclusions de son médecin-conseil, a mis fin à ses prestations d'assurance LAA en rapport avec l'accident du 11 juillet 2013, avec effet au 24 juillet 2014, jour de sa décision. Les maux que faisait valoir l'assuré n'étaient plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien avec l'accident concerné.![endif]>![if> 14. Par courrier non daté, reçu par l'assureur-accident le 12 août

2014, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il n'avait pas choisi ses arrêts de travail intempestifs, et ne pouvait prévoir que sa reprise de travail au début janvier 2014 était trop précoce. Lorsqu'il a repris le travail au mois de février 2014, les efforts physiques liés à sa profession d'infirmier l'ont fait rechuter. Il présentait à nouveau des nausées, des vertiges et des douleurs qui l'empêchaient de soigner correctement les patients. Il consultait régulièrement des thérapeutes pour atténuer les douleurs et les symptômes de l'entorse cervicale qui gâchaient sa vie et ne lui permettaient pas de retrouver une vie normale depuis l'accident. S'agissant du pronostic du Dr F_____ pour une reprise de travail à temps complet pour le mois d'avril 2014, ce rapport avait été écrit avant une rechute, au mois de janvier ou février 2014, et ce médecin ne l'avait pas revu depuis.!

15. Le 20 août 2014, Visana a informé l'assuré qu'elle souhaitait procéder à une expertise pluridisciplinaire indépendante confiée au Bureau d'expertises médicales à Vevey (ci-après : le BEM). Elle a invité l'assuré à se prononcer sur le projet de mission d'expertise, et à proposer des questions complémentaires ou des modifications éventuelles. L'intéressé a usé de son droit d'être entendu par courrier du 10 septembre 2014.!

16. Le BEM a convoqué l'assuré les 14 novembre et 4 décembre 2014. Les examens en médecine interne et rhumatologie ont été réalisés par la doctoresse J_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie ; ceux de neurologie l'ont été par le docteur K_____, spécialiste FMH de cette discipline, et l'aspect psychiatrique a été traité par le docteur L_____, psychiatre FMH.!

17. Les experts ont déposé leur rapport le 10 mars 2015. Ce document comptant plus de soixante pages, a été établi après une lecture attentive du dossier mis à disposition, des examens cliniques, paracliniques et radiologiques de l'assuré, ainsi que le travail consensuel de synthèse des experts.!

Après avoir rappelé le contexte de l'expertise et son but, le rapport inventorie, en les résumant chacun, tous les documents médicaux ainsi que les documents administratifs à disposition. Les experts ont ensuite indiqué que par souci de reproduire au plus précis les plaintes de l'expertisé dans les différentes anamnèses conduites par chaque expert, ils n'avaient pas effectué de synthèse des éléments anamnestiques. Ils n'ont donc pas mis à l'écart des éléments évoqués spontanément, voire présentés de manière différente d'un expert à l'autre par l'expertisé, et ainsi le rapport énonce-t-il le contenu de l'anamnèse somatique effectuée par la Dresse J_____, suivie de celle effectuée par l'expert neurologue, et enfin l'anamnèse psychiatrique. Dans une seconde partie, sont énumérées les données subjectives, soit les maux dont se plaint l'expertisé, sur le plan somatique et sur le plan psychiatrique. La troisième partie est consacrée aux constatations objectives, soit le status clinique, somatique, distinguant la médecine interne générale et le status neurologique, puis le status psychiatrique. Le rapport inventorie ensuite les résultats du monitoring thérapeutique, ainsi que les examens radiologiques antérieurs à l'expertise, illustrés par des clichés reproduits et commentés. Après avoir rapporté les éléments de la discussion sur le plan somatique et sur le plan psychiatrique, les experts ont présenté les conclusions d'une discussion consensuelle sur l'exigibilité et la causalité. Aux termes de cette dernière partie, l'expertisé présente au plan somatique une pleine capacité de travail à partir du 17 (recte : 12) janvier 2014. A partir de cette date, à six mois d'un accident qui n'a pas provoqué de dommages objectifs évidents, et qui avait donné lieu à une amélioration reconnue des troubles dans les semaines qui ont suivi, avec un excellent pronostic de la part des médecins traitants, les experts ne voient plus de lien de causalité de la persistance des symptômes subjectifs, sans éléments cliniques évidents. Il est retenu un état antérieur douloureux, déjà chronique, depuis la fin de l'année 2012, que l'expertisé a attribué à un vaccin de la grippe qu'il avait mal supporté, ce qui provoquait des myalgies et de la fatigue.

Un état antérieur existait également au niveau de la nuque avec une rectitude antalgique déjà évidente sur des radiographies de 2009 et une fragilité de la charnière lombo-sacrée sous la forme d'une discopathie débutante. Cela ne constitue toutefois pas de contre-indication à son travail d'infirmier, en l'absence d'éléments évolutifs et d'éléments neurologiques menaçants. Sur le plan psychique les experts n'ont pas d'éléments objectifs permettant d'évaluer valablement la capacité de travail avant la présente expertise. L'expert met en évidence des troubles anxio-dépressifs au décours, permettant d'envisager une reprise d'activité complète dans les mois à venir. La relation de causalité entre l'accident et les troubles semblent s'arrêter également six mois après l'accident, en fonction des critères diagnostiques des troubles de l'adaptation. Au plan somatique il n'y a pas de corrélation entre les plaintes et les constatations, l'examen clinique étant normal en dehors de myogéloses non spécifiques et d'un état antérieur sous forme de douleurs et d'un trouble préexistant de la statique cervicale, déjà identifié par son médecin traitant en 2009. Au plan psychiatrique, il n'y a pas de différence entre les maux ressentis subjectivement par l'assuré et les constatations de l'examineur. Il faut relever que l'expert a exclu l'avis du Dr F_____ lorsqu'il évoque la notion de stress post-traumatique : non seulement ce médecin n'est pas psychiatre, mais ce diagnostic ne peut pas être posé, car il n'est pas justifié. En particulier il n'est pas réalisé car l'accident du 11 juillet 2013 ne répond pas aux conditions nécessaires pour qu'on puisse l'admettre. Le diagnostic posé est d'intensité légère, habituellement sans grandes manifestations objectives. S'agissant des diagnostics retenus, les experts distinguent : - ceux ayant une répercussion sur la capacité de travail : trouble anxieux et dépressif mixte F41.2 ; - ceux n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail : syndrome fibromyalgique – M79.0; discopathies débutantes cervicales (C4-C5) et lombo-sacrées (L5-S1) associées à un discret trouble statique du rachis sans signe radiculaire myélopathique M47.8 et Q76.4 ; - un status après appendicectomie compliquée de sub-iléus ayant nécessité une nouvelle exploration par laparotomie durant l'enfance. Enfin, les experts ont répondu de façon motivée à toutes les questions posées. En résumé et en conclusion les experts sont unanimement d'avis que l'atteinte à la santé n'est plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, la conséquence de l'événement accidentel, depuis mi-janvier 2014. 18. Le 8 avril 2015, Visana a adressé au médecin traitant, à la demande des experts, une copie du rapport, à titre informatif. 19. Sur quoi, par courrier recommandé du 18 avril 2015, Visana a notifié à l'assuré sa décision sur opposition. L'opposition est rejetée, la décision du 24 juillet 2014 étant confirmée. Le droit aux prestations d'assurance prend donc fin avec effet au 24 juillet 2014. L'effet suspensif à un éventuel recours contre cette décision est retiré. L'assureur-accident a reconnu un lien de causalité naturelle entre l'accident du 11 juillet 2013 et l'atteinte à la santé de l'assuré. En revanche il a conclu au regard de la documentation médicale et après avoir consulté son médecin-conseil, que l'atteinte à la santé n'était plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, la conséquence de l'accident, à tout le moins au 24 juillet 2014. Au vu de la contestation par l'assuré de la rupture du lien de causalité naturelle, une expertise pluridisciplinaire indépendante a été mise en place, dont les conclusions auxquelles les experts parviennent unanimement sont que l'atteinte à la santé n'est plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, la conséquence de l'événement accidentel, depuis le 12 janvier 2014. Cette expertise répond à toutes les exigences de la jurisprudence pour constituer un moyen de preuve tout à fait valable, de sorte que l'assureur-accident n'a aucune raison de s'écarter de son résultat. Au vu de cette expertise le lien de causalité naturelle n'existant plus depuis le 12 janvier 2014, il n'est plus nécessaire d'examiner le lien

de causalité adéquate.![endif]>![if> 20. Par courrier du 27 avril 2015, reçu le 30 avril, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice de Genève d'un recours contre la décision susmentionnée. Il conclut à ce que lui soient reconnues les séquelles physiques de l'accident de la circulation qu'il a subi le 11 juillet 2013. A la suite de son opposition à la décision de l'assureur-accident de mettre fin à ses prestations, il avait fait l'objet d'expertises médicales à fin 2014. Ayant reçu récemment la confirmation de la décision de juillet 2014 et que l'assurance ne prend pas du tout en compte les séquelles de cet accident de la route, dès lors qu'il souffre encore de céphalées, névralgies, contractures musculaires suite à cet accident, il souhaite que l'assurance reconnaisse ses séquelles physiques.![endif]>![if> 21. Par courrier du 6 juillet 2015, l'intimée a adressé son dossier et sa réponse à la chambre de céans. Elle conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 18 avril 2015. C'est à juste titre qu'il a été mis fin aux prestations d'assurance selon la loi sur l'assurance-accidents en rapport avec l'événement du 11 juillet 2013 avec effet au 24 juillet 2014, puisque le statu quo sine a été atteint six mois après l'accident du 11 juillet 2013, selon le rapport d'expertise rhumatologique, psychiatrique et neurologique rendu le 10 mars 2015. En l'espèce, le recourant effectue un pur raisonnement « post hoc, ergo propter hoc », partant du principe que du simple fait que ses douleurs sont, selon lui, survenues après l'événement du 11 juillet 2013, elles sont alors la conséquence de cet accident. Le recourant a, au demeurant, omis les problèmes douloureux cervico-lombaires remontant à 2009 et 2010 et montrant la présence de discopathies débutantes, ainsi que des troubles douloureux musculo-squelettiques évoluant depuis fin 2012. Lesdites douleurs ont bien été antérieures à son accident du 11 juillet 2013. Les médecins traitants du recourant ont également suivi le même type de raisonnement, en attribuant uniquement les symptômes du recourant à l'accident, sans tenir compte des aptitudes résiduelles de ce dernier et des discordances. Ils ont d'ailleurs admis, sur la base de plaintes subjectives uniquement, sans avoir pu documenter de dommage permanent, un long arrêt de travail qui ne paraît plus en lien avec l'accident depuis le 12 janvier 2014 au moins. Tant sur le plan somatique et neurologique que sur le plan psychiatrique, les experts ont retenu une pleine capacité de travail à partir du 12 janvier 2014, soit à six mois après l'accident. Sur le plan de la médecine interne de l'appareil locomoteur, l'expert a retenu une décompensation en relation avec le whiplash pendant un laps de temps limité, jusqu'à six mois de l'accident, en l'absence de lésion osseuse du rachis cervical, en l'absence d'éléments évoquant une instabilité segmentaire post-accidentel, l'accident du 11 juillet 2013 n'ayant pas provoqué de dommages objectifs évidents. Sur le plan psychiatrique, l'expert a retenu, en l'absence d'atteinte psychiatrique grave consécutive à l'accident, que la relation de causalité entre l'accident et les troubles psychiques s'arrête six mois après l'accident, soit au 12 janvier 2014. Le rapport d'expertise répond à tous les critères posés par la jurisprudence. Les conclusions auxquelles les experts parviennent sont convaincantes. Le rapport ne contient pas de contradictions et aucun élément particulier ne permet de remettre son bien-fondé en cause. Enfin, il prend en compte et analyse en détails l'ensemble des avis médicaux portés au dossier. Le rapport d'expertise a donc une pleine valeur probante. S'agissant de l'incapacité de travail du recourant, reconnue sur le plan psychique par l'expert, au-delà du statu quo sine, la question du lien de causalité naturelle de cette dernière avec l'accident du 11 juillet 2013 peut rester ouverte, dans la mesure où le lien de causalité adéquate ne peut être retenue. ![endif]>![if> 22. Par courrier du 31 juillet 2015, le recourant a répliqué. Il persiste dans ses conclusions. Lors de l'expertise effectuée par la Dresse J _____, celle-ci l'avait informé que ses maux, après un accident de ce type, étaient

normaux; elle lui avait donné un délai de deux ans pour ne plus ressentir les symptômes liés à l'entorse cervicale. Or, la référence à ce délai ne figure ni dans la réponse de l'intimée, ni dans le rapport d'expertise. Il souhaite encore faire valoir les séquelles liées à cet accident. Il prend effectivement encore des médicaments qui ne traitent pas, - comme le dit le rapport d'expertise -, une fibromyalgie, mais une névralgie d'Arnold, diagnostiquée par son médecin traitant. Il souffre quotidiennement de céphalées, de cervicalgies, de névralgies. Des symptômes qui n'étaient aucunement présents avant l'accident. Celui-ci est donc responsable de ses maux.![endif]>![if> 23. Le 1^{er} septembre 2015, l'intimée a brièvement dupliqué. Elle persiste dans ses conclusions. Dans sa réplique, le recourant avance deux allégués qu'il ne prouve par aucun document et qui constituent de purs raisonnements « post hoc, ergo propter hoc ». S'agissant d'une information que lui aurait oralement communiquée l'experte, il convient de rappeler que ce médecin a pris en compte les maux dont se plaignait le recourant avant de conclure à une pleine capacité de travail à partir du 12 janvier 2014. Cette dernière n'a relevé sur le plan somatique aucune corrélation entre les plaintes et les constatations. L'examen clinique du recourant est normal en dehors de myogéloses non spécifiques et d'un état antérieur sous forme de douleurs et d'un trouble préexistant de la statique cervicale déjà identifiée par son médecin traitant en 2009. Quant à la « névralgie d'Arnold » qui aurait été diagnostiquée, on ne sait quand, par le médecin traitant du recourant, aucun rapport présent au dossier n'en fait mention. De plus, l'expert neurologue a conclu à un examen neurologique normal.![endif]>![if> 24. La chambre de céans a auditionné les parties le 5 octobre 2015. ![endif]>![if> En relation avec les observations des experts qui indiquaient qu'après avoir repris une activité à 25 % en septembre 2014, le recourant était sur le point d'augmenter son taux d'activité à 40 % dans les jours suivant l'expertise, le recourant a précisé avoir repris son activité professionnelle à 100 % depuis le 1^{er} mars 2015. Il est toujours sous traitement médicamenteux, mais globalement, son état de santé va beaucoup mieux. En réponse à la question de savoir sur quel document il se fonde pour justifier ses traitements actuels et surtout le diagnostic de névralgie d'Arnold, il a indiqué que c'était son médecin traitant, le Dr H_____, qui avait posé ce diagnostic, mais il ne se souvenait pas à quand il remontait ; cela faisait déjà un moment. Il a précisé que son médecin n'a jamais concrétisé ce diagnostic par écrit. Il a confirmé qu'il conteste les conclusions de l'expertise dans la mesure où, à ce qu'il avait compris de la Dresse J_____, les troubles dont il souffrait - à son avis (du recourant) à la suite de cet accident - devraient se remettre en principe en deux ans. Il a dès lors été surpris, à réception de l'expertise, et de la décision de l'intimée, de constater que cela ne coïncidait pas avec ce que lui avait dit l'experte. Il a maintenu son recours, en précisant qu'il ne sollicitait pas d'actes d'instruction supplémentaires. Quant à l'intimée, elle a persisté dans ses conclusions. 25. Sur quoi la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A 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.![endif]>![if> Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant

l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles présentés sont en lien de causalité avec l'accident du 11 juillet 2013. 5. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). c) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type «coup du lapin» justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après une période de latence (par ex. : vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui

appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin» - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1). Si l'on peut admettre qu'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). d) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 117 V 359 consid. 6a; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2; sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 117 V 359 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002

consid. 2c). 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 adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b). 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 admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2): - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions ; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; - l'intensité des douleurs ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; - et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques: ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; ATF 117 V 369 consid. 4b). 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 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références). Nonobstant ce qui précède, même en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral - si les symptômes (non psychiques) du tableau clinique sont réellement à l'arrière-plan par rapport à l'importance des symptômes psychiques, ou si ces troubles psychiques apparaissent très tôt de manière prédominante, soit dans un délai maximum de six mois, ou si l'accident n'a fait que renforcer des troubles psychiques qui étaient déjà présents avant cet événement, ou encore lorsque les troubles psychiques constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante et non seulement l'un des éléments du tableau clinique type (ATF 123 V 98 consid. 2) - il convient d'appliquer, dans les cas d'accidents de gravité moyenne, les critères objectifs tels que définis à l'ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et à l'ATF 115 V 403 consid. 5c/aa, au regard des seules atteintes somatiques, soit : - 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. Le Tribunal fédéral a rappelé que le critère de «circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident» a été admis, s'agissant d'un important carambolage sur l'autoroute, ou d'une collision entre une voiture

et un camion dans un tunnel d'autoroute avec nombreux heurts contre le mur du tunnel, ou 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 l'a poussé sur une longue distance (300 m de côté), ou encore, 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 estimé que lorsque l'effet des forces en présence n'était pas dérisoire, l'accident est qualifié de gravité moyenne et non de moyen à la limite des cas graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_316/2008 du 29 décembre 2008 et les références). Ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures (arrêt du Tribunal fédéral 8C_354/2011 du 3 février 2012), une chute d'ascenseur sur deux étages (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 204/00 du 30 avril 2001), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 338/05 du 1^{er} septembre 2006), un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 128/03 du 23 septembre 2004). Le Tribunal fédéral a considéré qu'un accident impliquant une voiture roulant à moins de 50 km/h pouvait être qualifié d'accident de gravité moyenne en l'absence de circonstances particulières (arrêt du Tribunal fédéral 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3). Un accident impliquant une collision par l'arrière du véhicule de l'assuré qui a été projeté sur une distance de 15 m doit être considéré comme un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2). Lorsqu'un véhicule est percuté par l'arrière par une autre voiture alors qu'il se trouve à l'arrêt sur la chaussée en présélection à gauche, il s'agit d'un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 237/04 du 13 septembre 2005 consid. 4). Ont par contre été considérés comme des accidents moyens, à la limite des accidents graves, une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture et une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 88/98 du 7 juin 1999).

6. a) L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 117 V 359 consid. 4b). Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4). Le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques,

ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type «coup du lapin», l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident (ATF 134 V 109 consid. 9.5). Une expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). 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_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). c) 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). d) La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). 7. a) Dans le cas d'espèce, au vu des principes rappelés ci-dessus, il est constant que l'intimée a admis, à juste titre, le lien de causalité naturelle entre l'accident du 11 juillet 2013 et les troubles apparus après cet accident, et qu'elle a ainsi servi des prestations, en l'occurrence pendant un peu plus d'une année. Elle a toutefois décidé de mettre un terme à ses prestations, après avoir soumis le dossier à son médecin-conseil, en juillet 2014. Ce dernier a observé que la présence de lésions structurelles dues à l'accident a pu être exclue aussi bien par radiographie que par IRM. Les ligaments, les articulations, les vertèbres les disques intervertébraux ont été jugés intacts et la possibilité d'une lésion significative suite à l'accident a pu être exclue. Partant du principe que le choc de la collision avait sollicité la musculature de manière brusque, des déchirures microscopiques de la fibre musculaire ont pu apparaître. Les hématomes et les œdèmes liés à ces déchirures guérissent rapidement et

le rétablissement des fonctions est alors entier. Cette évolution a pu être observée dans le cas du recourant, qui a pu reprendre le travail en janvier 2014. L'augmentation de la capacité de travail a pu être constatée par les médecins traitants en particulier depuis le début février, jusqu'au mois de mars 2014, mais le retour à une incapacité de travail à 100 % et l'arrêt complet depuis le 17 mars 2014 ne trouvent aucune justification par rapport aux suites de l'accident. Fort de ce constat, le médecin-conseil considérait que le statu quo sine/ante était atteint à fin mars 2014. L'intimée a néanmoins décidé de mettre fin à ses prestations avec effet au 24 juillet 2014, soit au jour de sa décision. Compte tenu de l'opposition du recourant à cette décision, l'intimée a mis sur pied une expertise multidisciplinaire, confiée à des spécialistes reconnus en médecine interne et rhumatologie, en neurologie et psychiatrie. Ces experts sont arrivés à la conclusion unanime que le statu quo sine/ante était atteint après six mois dès la date de l'accident, soit dès le 12 janvier 2014. Néanmoins, et sans remettre en cause les conclusions des experts, l'intimée a confirmé dans sa décision sur opposition, objet du recours, qu'elle en restait à la date du 24 juillet 2014, pour la fin de ses prestations.

b) Dans le cadre du présent recours, l'assuré a contesté la décision sur opposition de l'intimée, laquelle se fonde sur le résultat de l'expertise multidisciplinaire dont le recourant conteste également les conclusions. Il y a lieu par conséquent d'examiner si l'on peut reconnaître à cette expertise pleine valeur probante. Sur le plan somatique, les experts après avoir procédé, chacun de leur côté, à une anamnèse complète, ont repris, par le menu, toute la chronologie de l'accident, et les faits survenus immédiatement après, jusqu'à l'apparition des premiers symptômes, et la succession des nombreuses consultations médicales de l'assuré dans les semaines et mois qui ont suivi l'accident. Ils ont mis en évidence les diagnostics et appréciations, les traitements prescrits, et les pronostics de chacun des médecins traitants consultés entre juillet 2013 et 2014, pratiquement tous s'accordant à constater une amélioration constante de son état, mais aucun ne parvenant à expliquer médicalement le retour à une incapacité de travail totale au début mars 2014. Ils ont en particulier relevé un élément d'importance, le 10 avril 2014, par le médecin traitant : celui-ci constatait que jusqu'ici toute mesure n'avait pas soulagé son patient; ce qui, face à un diagnostic bénin, et une évolution de dix mois, l'incitait à évoquer un phénomène de résistance thérapeutique et d'éventuels phénomènes de sensibilisation centrale à la douleur, que d'expérience l'on voit lors de facteurs environnementaux défavorables. De son côté, l'assuré expliquait aux experts qu'il était certes à nouveau en arrêt de travail (à cette époque), mais qu'il pouvait sortir, promener son chien, soulager son amie dans la tenue du ménage, car elle travaillait à 100 %, et qu'il s'astreignait à ses thérapies, espérant retrouver l'indolence. Les experts ont également relevé l'incidence d'un état antérieur, remontant à 2009, connu sous forme d'une discrète rectitude de la nuque discopathie lombo-sacrée. L'assuré a lui-même insisté à plusieurs reprises sur le pseudo-état grippal qui lui procurait des douleurs musculaires et une certaine fatigue, depuis un vaccin de la grippe qui lui avait été administré à la fin de l'année 2012, sans que ses médecins n'aient identifié d'affection particulière. Les experts ont notamment constaté que l'évolution avait été favorable selon les actes du dossier, sur le plan objectif, mais que des dysbalances musculaires et un phénomène de sensibilisation centrale à la douleur se sont manifestées progressivement, pour atteindre actuellement des proportions qui dépassent le cadre et l'entité diagnostique d'un syndrome cervical avec des éléments d'allodynie, des discordances, des signes d'amplification selon les critères de Matheson. Ils ont en outre constaté que l'expertisé répondait aux nouveaux critères de diagnostic du syndrome allodynique fibromyalgique avec des manifestations associées telles que les sensations

vertigineuses, les nouveaux, des troubles digestifs fonctionnels, des céphalées, une sensation de fatigue et de faiblesses lors de l'effort du travail. Un syndrome fibromyalgique nécessite dans l'étape du diagnostic différentiel que l'on ait exclu une autre affection. Un syndrome douloureux d'extension progressive du rachis et du tronc cérébral, doit faire évoquer une maladie systémique évolutive. Les experts n'ont décelé aucun signe d'appel clinique ni dans les examens de laboratoire des médecins traitants pour suspecter une maladie évolutive. L'état général est parfaitement conservé, les radiographies ne montrent pas d'atrophie osseuse, d'érosion osseuse, ni de lyse osseuse. Ils n'ont retenu aucun critère permettant de suspecter un rhumatisme inflammatoire. L'expertisé ne présente pas non plus les symptômes typiques ni les signes pour une algodystrophie selon les critères d'Harden. Ils n'ont pas identifié de symptômes associés évoquant une dysfonction des organes internes pour suspecter une maladie de système, une maladie infiltrative, une maladie métabolique. La découverte fortuite d'une hypovitaminose D ne s'associe pas à un syndrome carenciel des vitamines liposolubles, ni à une perturbation du métabolisme phosphocalcique. La raison de cette carence n'est pas pleinement expliquée. L'intéressé dit qu'il s'expose peu au soleil; mais il sort régulièrement se promener avec son chien. Maintenant qu'il a été substitué, ce paramètre sera à vérifier à distance de la substitution. Il n'explique pas l'importance du syndrome douloureux chronique, rebelle, irréductible, progressif après une période un peu meilleure en fin d'année 2013, qui avait fait envisager aux médecins traitants que l'accident ne produirait aucune séquelle et que l'intéressé pourrait reprendre en plein et rapidement son travail, ce qu'évoquaient les Dresses C_____ et D_____ déjà juste après l'accident. En conclusion, l'expertisé a été victime d'un accident de la circulation, il y a dix-sept mois au moment de l'expertise, sans perte de connaissance mais ayant entraîné une vraisemblable distorsion cervicale. Il s'en est suivi une symptomatologie tout à fait classique du syndrome de distorsion cervicale avec des douleurs cervico-dorsales irradiantes en casque au niveau céphalique, accompagnées également de vertiges rotatoires avec sensation de déséquilibre persistant. L'évolution est compatible avec un whiplash type II avec une amélioration initiale reconnue de ses médecins, qui a permis une reprise de travail en janvier 2014 à 50 %. Le pronostic établi par ses médecins était une pleine reprise dans le mois qui suivait. Or cette reprise ne s'est faite que sur quelques jours. Le patient annonçait une récurrence de douleurs après avoir soulevé un patient dont le lit électrique était en panne. L'évolution clinique apparaît ainsi inhabituellement longue et atypique depuis janvier 2014, en l'absence de marqueurs clinico-radiologiques, c'est-à-dire en l'absence d'anomalies significatives à l'examen clinique répété par de nombreux spécialistes, en dehors de tensions musculaires, et au niveau des examens complémentaires étendus, avec des radiographies standards fonctionnelles, complétées de scanners et d'une IRM cervicale. Le traitement antalgique, par anti-inflammatoires, et physiothérapeutique apparaît avoir été peu efficace. Les aptitudes résiduelles n'ont pas été prises en compte par les médecins traitants : l'expertisé peut promener son chien régulièrement, peut aller à la piscine, se déplacer pour voir ses parents, poursuivre ses cours, et il peut faire son ménage. Il a pu reprendre assez rapidement la conduite automobile et conduire pendant une heure sans difficulté. Devant une évolution subjective rendant le patient selon lui incapable de travailler, des arrêts de travail complets ont été reconduits jusqu'à une reprise très partielle de 25 % en septembre 2014 à plus d'un an de l'accident. L'examen neurologique est strictement normal notamment sans signe de souffrance myéloradiculaire au niveau cervical. Il n'y a donc pas de limitations fonctionnelles sur le plan purement neurologique. Neurologiquement, on peut estimer une capacité de travail à 100 % après six mois déjà. L'état actuel ne peut pas être attribué à une

atteinte structurelle d'origine neurologique. Du point de vue de la médecine interne et de l'appareil locomoteur, les experts n'ont pas d'explication à la rechute de janvier 2014, si grave au plan fonctionnel subjectif que le patient a été reconnu inapte au travail jusqu'à la reprise très partielle de 25 % en septembre 2014. Ils ont trouvé les éléments d'un état antérieur avec un état douloureux que le patient met en relation avec un vaccin de la grippe remontant à la fin de l'année 2012. Il attribue même l'accident à cet état, disant qu'il n'était pas bien au moment où il a été distrait et a embouti une voiture. Il avait des myalgies et une impression de fatigue chronique. Cet état antérieur apparaît avoir été décompensé par l'accident. Les experts peuvent admettre la décompensation en relation avec le whiplash pendant un laps de temps limité, jusqu'à six mois de l'accident, au plus tard, soit à partir du 11 juillet 2014 (recte 2013) jusqu'au 11 janvier 2014, en l'absence de lésion osseuse du rachis cervical, en absence d'éléments évoquant une instabilité segmentaire post-accident. À partir de ce moment-là, comme l'a évoqué le médecin-conseil de l'assureur, un statu quo sine peut être établi sur le plan somatique. Le lien avec l'accident ne peut plus être reconnu selon la vraisemblance prépondérante. Les experts ont encouragé la reprise partielle du travail qui devrait se faire rapidement vers une pleine reprise en l'absence de substrat organique. Les problèmes douloureux cervicaux et lombaires remontent à 2009 ou 2010, en présence de discopathie débutante. Il n'est pas exclu - au vu de l'aspect bénin des lésions, mais de la description subjective importante des troubles - que les prémices d'un trouble douloureux de type fibromyalgique ait été à l'origine de symptômes douloureux à ce moment-là des investigations. La présence de discordances entre les plaintes et les constatations objectives doit faire redouter la possibilité d'une sensibilisation centrale à la douleur, de mauvais pronostic fonctionnel au vu de la durée des plaintes douloureuses. Quant à la capacité de travail, au plan somatique, elle est entière à compter du 17 (recte : 12) janvier 2014. Les médecins traitants ont admis, sur la base des plaintes subjectives uniquement, sans avoir pu documenter de dommage permanent, un long arrêt de travail qui ne paraît plus en lien avec l'accident depuis le 12 janvier 2014 au moins. Les aptitudes résiduelles et les discordances n'ont pas été prises en compte dans l'analyse du diagnostic différentiel étiologique des médecins traitants qui ont attribué les symptômes uniquement à l'accident, post hoc, ergo propter hoc. Sur le plan psychiatrique la notion d'état de stress post-traumatique avancée par le médecin traitant, non psychiatre, ne paraît pas justifiée à l'expert, car l'accident de juillet 2013 peut difficilement être assimilé au type de traumatismes requis pour ce diagnostic (événement d'une gravité exceptionnelle avec mort d'homme ou menaces de mort ou atteinte grave à l'intégrité physique ou menace d'une atteinte grave à l'intégrité physique). Par ailleurs sur le plan clinique, les critères d'un état de stress post-traumatique n'ont pas été atteints. Il n'y a jamais eu de véritables flashbacks ni d'hypervigilance, ni de comportement grave d'évitement. Seul un certain émoussement affectif a été constaté par l'expertisé. L'expert a relevé qu'il ne disposait malheureusement pas de description objective de l'état psychique avant la présente expertise. Selon les données disponibles, l'expertisé a dû présenter un trouble de l'adaptation dans les suites de l'accident, avec, selon l'anamnèse recueillie auprès de l'expertisé, des éléments anxieux (soucis, culpabilité, insomnies, cauchemars) et dépressif (tristesse, baisse de l'énergie, de la motivation et de la libido). Il n'est pas possible, au vu des éléments documentés, d'affirmer que la composante dépressive a atteint à un moment donné le seuil d'un véritable épisode dépressif, mais il le retient comme possible. Il en va de même pour la composante anxieuse, qui a pu aller pendant un certain temps jusqu'à l'anxiété généralisée, mais cela n'est pas fermement établi sur la base des données disponibles (anamnèse et dossier). Actuellement

les éléments anxieux et dépressifs réactionnels sont quasiment amendés. Comme le critère de durée d'un trouble de l'adaptation (six mois) est dépassé, ce diagnostic n'est plus valable et doit être remplacé par celui de trouble anxieux et dépressif mixte au décours. L'atteinte psychique constatée actuellement est mineure et n'est pas durablement incapacitante. En effet les limitations fonctionnelles dues au trouble psychique actuel ne sont pas massives (manque de confiance en soi, discrète diminution de l'énergie mentale due à la présence de douleurs résiduelles). On peut d'ailleurs remarquer que les médecins qui ont délivré les arrêts de travail ont précisé que l'expertisé était incapable de travailler, mais capable de suivre des formations. L'expert a en outre constaté qu'actuellement il n'y a pas de prise en charge spécialisée. Un tel traitement n'est pas nécessaire au vu des atteintes psychiques constatées actuellement. L'Exefor (et peut-être le Lyrica) devrait être poursuivi au moins jusqu'à six mois après la reprise de travail complète pour consolider l'état psychique sur le plan anxieux et dépressif. Pour ce qui est la capacité de travail envisageable dans le futur, l'expert prévoit une reprise à 75 % dans deux mois, à 100 % deux mois plus tard. Si nécessaire, ces délais pourront être raccourcis si le médecin traitant le juge possible. Sur la relation de causalité avec l'accident et l'atteinte à l'intégrité, selon les critères de la CIM-10, un trouble de l'adaptation provoquée par un facteur de stress - l'accident de juillet 2013 - a une durée limitée, habituellement pas plus de six mois après la survenue du facteur de stress. Les co-experts en somatisation ont arrêté la relation de causalité à six mois après l'accident. En l'absence d'atteinte psychiatrique grave consécutive à l'accident, l'expert estime que la relation de causalité entre l'accident et les troubles psychiques s'arrête elle aussi six mois après l'accident soit au 12 janvier 2014. Pour ce qui est des facteurs psychiques étrangers à l'accident, savoir les traits perfectionnistes de la personnalité, ils ont probablement contribué à l'intensité et à la durée des troubles psychiques et de la part sine materia des douleurs. Les troubles psychiques provoqués par l'accident sont mineurs et limités dans le temps. Ils ne provoquent pas d'atteinte à l'intégrité psychique. Sur le contexte médico-psycho-social du syndrome fibromyalgique, il existe une comorbidité psychiatrique mais elle est d'intensité légère. L'expertisé est bien intégré dans son couple et dans son milieu socio-familial. Il a repris son travail à temps partiel et sa réintégration progressive dans ce cadre se passe bien. Il résulte enfin de la discussion consensuelle entre les experts sur l'exigibilité et la causalité que sur le plan somatique, l'expertisé à une pleine capacité de travail à partir du 12 janvier 2014. À partir de cette date, à six mois d'un accident qui n'a pas provoqué de dommages objectifs évidents et qui avait donné lieu à une amélioration reconnue des troubles dans les semaines qui ont suivi, avec un excellent pronostic initial de la part des médecins traitants, les experts ne voient plus de lien de causalité de la persistance des symptômes subjectifs, sans éléments cliniques évidents. Un état antérieur douloureux, déjà chronique, depuis la fin de l'année 2012 existait, que l'assuré a attribué à un vaccin de la grippe qu'il a mal supporté et qui provoquait une baisse d'énergie et de la fatigue. Un état antérieur existait également au niveau de la nuque avec une rectitude antalgique déjà évidente sur des radiographies de 2009 et une fragilité de la charnière lombo-sacrée sous la forme d'une discopathie débutante. Cela ne constitue toutefois pas de contre-indication à son travail d'infirmier en l'absence d'éléments évolutifs et d'éléments neurologiques menaçants. Sur le plan psychique, les experts n'ont pas trouvé d'éléments objectifs permettant d'évaluer valablement l'incapacité de travail avant la présente expertise. Celle-ci met en évidence des troubles anxio-dépressifs au décours, permettant d'envisager une reprise d'activité complète dans les mois qui viennent. La relation de causalité entre l'accident et les troubles leur semble s'arrêter également six mois après l'accident, en

fonction des critères diagnostiques des troubles de l'adaptation. La chambre de céans arrive donc à la conclusion que l'expertise pluridisciplinaire répond pleinement aux exigences de la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ce rapport est complet, étant de surcroît le fruit d'une confrontation des observations et conclusions des trois experts entre eux. Ils prennent en compte tous les éléments médicaux recueillis au dossier, ou en cours d'expertise; ses conclusions ont été rendues au terme d'anamnèses complètes et recueillant les plaintes de l'expertisé, les trois experts arrivant à une conclusion identique. La motivation est précise, développée et convaincante. Les experts ont expliqué les raisons pour lesquelles ils ne partageaient pas le point de vue des médecins traitants par rapport aux arrêts de travail prononcés, admettant toutefois les diagnostics posés par ces praticiens, sous réserve du diagnostic psychiatrique posé par un non-spécialiste. Ils ont enfin répondu à toutes les questions permettant de se déterminer sur tous les aspects nécessaires pour pouvoir valablement statuer sur le cas. Ils ont également relevé tous les aspects qui permettent, le cas échéant, de se prononcer sur le lien de causalité adéquate. Ce rapport est exempt de contradictions, de sorte qu'il n'est apparu aucun élément susceptible de susciter le moindre doute quant à la crédibilité de ses conclusions. Il a donc pleine valeur probante. On observera d'ailleurs qu'à la demande des experts, une copie de ce rapport a été adressée au médecin traitant, lequel n'a pas manifesté la moindre critique à son égard. Le recourant n'a du reste critiqué le rapport d'expert qu'en tant que les conclusions des experts ne concorderaient pas – selon lui - avec une remarque que lui aurait fait verbalement l'experte en médecine interne et en rhumatologie : la Dresse J_____, lui aurait confié verbalement que ses maux, après un accident de ce type, étaient normaux; et elle lui avait donné un délai de deux ans avant de ne plus ressentir les symptômes liés à l'entorse cervicale. Or, la référence à ce délai ne figurait ni dans la réponse de l'intimée, ni dans le rapport d'expertise. Il n'a toutefois apporté aucun élément crédible quant à la réalité d'une telle remarque. D'ailleurs, à supposer même – ce qui n'est pas démontré - que l'expert ait formulé verbalement un tel commentaire au recourant lors de son examen, que cela ne remettrait pas en cause les conclusions de l'expertise. Au contraire, elle s'intégrerait dans le contexte de la constatation que les experts ont faite de la présence, chez l'expertisé, de traits de personnalité anankastiques (perfectionnisme) ayant contribué à lui donner le sentiment d'une atteinte de ses capacités, de son estime de soi, plus prononcés qu'ils ne l'ont été en réalité. L'expert psychiatre a d'ailleurs à ce sujet remarqué que l'expertisé lui avait déclaré qu'il était « perfectionniste, mais sans excès », alors qu'à l'experte rhumatologue il s'était présenté comme un « perfectionniste jusqu'au-boutiste » qui « aime que tout soit bien fait » et qui est « donc désespéré des symptômes qui perdurent, car il ne se sent plus un homme normal ». L'expert psychiatre de conclure qu'il y a là manifestement une perception excessive des dommages physiques et psychiques causés objectivement par l'accident. Ce même expert observait encore que les plaintes restantes au premier plan sont d'ordre douloureux et relèvent d'un syndrome fibromyalgique selon les experts somaticiens. Il est vraisemblable que la présence de traits anankastiques de la personnalité et d'une réaction anxio-dépressive après l'accident ont contribué à un certain abaissement du seuil de perception des stimuli déplaisants, y compris douloureux. c) En cours de procédure le recourant a encore fait valoir que le traitement médicamenteux qu'il suit encore actuellement ne le serait pas en raison d'une fibromyalgie évoquée par les experts mais à raison d'une névralgie d'Arnold qui aurait été diagnostiquée par son médecin traitant. Or, il n'a à cet égard produit aucun document médical à ce sujet. Au contraire en comparaison personnelle, il a précisé que c'était son médecin traitant, le Dr H_____, qui avait posé ce

diagnostic, mais il ne se souvenait pas à quand il remontait ; cela faisait déjà un moment. Il a confirmé que son médecin n'a jamais concrétisé ce diagnostic par écrit. Il a encore indiqué qu'il avait repris son travail à 100% dès le début du mois de mars 2015, ce qui montre que les réflexions prudentes de l'expert psychiatre - qui proposait de retenir une incapacité de travail de 50 % au moment de l'expertise, et pour tenir compte de l'amélioration en cours sans risquer de rechute par une augmentation trop brusque de la reprise, de porter le taux de capacité travail à 75 % dans deux mois (de l'expertise) et à 100 % deux mois plus tard - étaient davantage suggérées pour éviter un risque de chronicisation sinon de sinistrose qu'en raison de critères objectifs qu'il ne retenait d'ailleurs pas : au contraire. 8. Au vu de ce qui précède, le lien de causalité naturelle entre les maux dont se plaint le recourant et l'accident du 11 juillet 2013 n'existant plus dès le 12 janvier 2014, il n'est pas nécessaire de se prononcer sur le lien de causalité adéquate. A toutes fins utiles, la chambre de céans remarque que l'accident en cause a tout au plus été d'une intensité moyenne, et que les critères retenus par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité adéquate entre les atteintes psychiques et l'accident ne sont pas réunis. 9. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. 10. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.