

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1580/2018

ATAS/210/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 mars 2019

6^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à VERNIER, représenté par le
SYNDICAT UNIA

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1 Postfach 4358, LUZERN,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier
ELSIG

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria-Esther SPEDALIERO et Christine
WEBER-FUX, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1979, travaillait en qualité d'aide-peintre en bâtiment au service de l'entreprise B_____ Sàrl (ci-après : le premier employeur) et était assuré, à ce titre, auprès de la SUVA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 14 avril 2010, il est tombé d'une hauteur de 2 mètres alors qu'il se tenait sur un échafaudage pour y effectuer des travaux de peinture.
3. Selon le rapport du 14 avril 2010 du Service des urgences des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assuré s'était réceptionné sur le genou gauche en chutant et présentait depuis une luxation de la rotule gauche (S83.8). Sa rotule s'était déplacée vers l'extérieur et l'assuré l'avait lui-même remise en place après l'événement, n'empêchant pas l'apparition d'une douleur intense au genou ainsi qu'une impotence complète de celui-ci.
4. Le 19 avril 2010, une IRM du genou gauche a été pratiquée et selon le rapport du Service de radiologie des HUG, rendu le lendemain, les ligaments croisés et latéraux étaient d'aspect normal, tout comme le tendon rotulien. En revanche, les documents d'imagerie révélaient une fissuration oblique de la corne postérieure du ménisque interne, qui ne s'étendait pas à l'intérieur de l'articulation mais était compatible avec une lésion de grade II.
5. Dans un rapport du 6 juillet 2010 à l'assureur, le docteur C_____, du département de chirurgie des HUG, a posé les diagnostics de lésion de la corne postérieure du ménisque interne et de luxation de la rotule du genou gauche. L'évolution était bonne. Il n'existait pas de circonstances étrangères à l'accident jouant un rôle dans l'évolution du cas.
6. Après y avoir été invité par l'assureur le 20 août 2010, l'assuré a complété un formulaire de demande de prestations d'assurance-invalidité le 27 août 2010.
7. Par communication du 8 octobre 2010, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a fait savoir à l'assuré qu'il prenait en charge des mesures d'intervention précoce sous la forme de cours de français et de bureautique du 13 au 23 octobre 2010.
8. Le 8 octobre 2010, le docteur D_____, radiologue, a procédé à une IRM du genou gauche et conclu, dans son rapport du 11 octobre 2010, que les signes IRM étaient compatibles avec une lésion de grade II (sans déchirure) de la partie postéro-interne de la corne postérieure du ménisque interne. S'y ajoutaient une érosion cartilagineuse superficielle du tiers postérieur de la crête rotulienne ainsi qu'un épanchement intra-articulaire de faible abondance, associé à un léger épaissement synovial localisé au-dessus du coussinet graisseux supra-patellaire, avec prise de contraste après injection de gadolinium, traduisant des signes de synovite, « à confronter à la clinique ».

9. Dans un rapport du 8 février 2011, le docteur E_____, chef de clinique auprès de l'unité de médecine physique et de réadaptation orthopédique de Beau-Séjour (HUG) a posé le diagnostic de syndrome fémoro-patellaire du genou gauche. Il n'y avait pas d'évolution sur le plan subjectif mais il existait, selon ce médecin, une importante surcharge fonctionnelle « hors du status qui [restait] difficile et délicat quant à son interprétation ». Une reprise du travail était prévue le 14 février 2011 à 50 % (demi-journées). Le 14 février 2011, l'assuré a repris son activité habituelle d'aide-peintre auprès de son premier employeur à un taux de 50 %.
10. Le 4 mars 2011, l'assuré a appelé l'assureur pour l'informer de la reprise de son activité à plein temps dès le 7 mars 2011 en indiquant qu'il se sentait bien.
11. Par projet de décision du 15 avril 2011, confirmé par décision du 9 juin 2011, l'OAI a refusé à l'assuré l'octroi d'une rente d'invalidité, motif pris qu'à l'échéance du délai d'attente d'un an, soit le 14 avril 2011, sa capacité de travail et de gain était totale dans toute activité.
12. Par courrier du 20 mai 2011, l'assureur a indiqué à l'assuré que son cas pouvait être considéré comme liquidé.
13. Le 15 mai 2012, l'assuré est entré au service de l'entreprise F_____ Sàrl (ci-après : l'employeur) en qualité de peintre en bâtiment à plein temps.
14. Le 27 juin 2015, cet employeur a rempli une déclaration de sinistre pour annoncer à l'assureur que l'assuré se trouvait en arrêt maladie depuis le 16 octobre 2014, précisant que de l'avis du docteur G_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, cet arrêt de travail représentait, depuis le 12 juin 2015, une rechute d'un accident survenu en 2010. À cette déclaration étaient joints :
 - une attestation du 13 juin 2015 du Dr G_____, indiquant que l'assuré souffrait toujours de sa jambe gauche depuis octobre 2014 et que ce problème était en relation avec un accident survenu en 2010. Il s'agissait donc d'une rechute ;
 - un certificat du 12 juin 2015 de ce même médecin, attestant d'une incapacité de travail complète du 16 octobre 2014 jusqu'au 15 juillet 2015 ;
 - un certificat du 14 juillet 2015, prolongeant cet arrêt de travail jusqu'au 31 août 2015 avec la mention « à revoir ».
15. Le 14 juillet 2015, l'assureur a encore reçu :
 - un rapport du 27 mai 2015 du Dr H_____, radiologue, rappelant au Dr G_____, d'une part, qu'une IRM réalisée le 30 octobre 2014 avait montré une chondropathie de grade III du compartiment fémoro-patellaire externe et une petite déchirure partielle du ménisque interne et, d'autre part, qu'une arthroscopie avait été pratiquée le 3 décembre 2014. Le Dr H_____ avait procédé à une nouvelle IRM le 26 mai 2015 dont il ressortait que le status du ménisque était inchangé par rapport à la précédente IRM, avec une petite lésion

horizontale de grade II touchant la jonction de la corne postérieure du 1/3 moyen, associée à des microfissurations de la surface supérieure du ménisque au niveau de la jonction ménisco-capsulaire. Le reste du ménisque interne était normal ;

- un rapport du 23 juin 2015 du docteur I_____, radiologue, relatif à une radiographie du genou gauche pratiquée le même jour. Celle-ci révélait un pincement modéré du compartiment interne du genou sans ostéophytose ni sclérose. La rotule était en position normale sans pincement significatif fémoro-patellaire. En revanche, la surface rotulienne externe, qui présentait un aspect légèrement en double tonalité, pouvait être le signe d'une lésion ostéochondrale ;
- un second rapport du 23 juin 2015 du Dr I_____, relatant une infiltration du genou gauche qui avait été pratiquée le même jour.

16. Le 24 juillet 2015, l'assureur a notamment reçu le compte rendu opératoire du 3 décembre 2014 du Dr G_____ dans lequel ce médecin posait les diagnostics de déchirure de la corne moyenne et postérieure du ménisque interne du genou gauche et de chondropathie fémoro-patellaire externe. L'intervention, par arthroscopie du genou gauche, avait consisté en un « shaving » de la facette externe de la rotule du genou gauche et en une résection/régularisation de la corne postérieure du ménisque interne.
17. Entendu le 30 juillet 2015 dans les locaux de l'assureur, l'assuré a déclaré qu'il avait pu travailler sans douleur particulière du 20 mai 2011 à octobre 2014 et que durant cette période, son genou était indolore. À partir d'octobre 2014, une douleur était apparue alors qu'il montait des bidons de crépi sur trois étages en passant par les escaliers. Il avait alors entendu un « crac » sans événement concomitant particulier (ni chute ni glissade). Depuis ce craquement, son genou était devenu de plus en plus douloureux, raison pour laquelle le Dr G_____ l'avait opéré le 3 décembre 2014. Après cette intervention, il avait dû porter une attelle, des cannes anglaises, prendre des antalgiques et des anti-inflammatoires et suivre des séances de physiothérapie. Ces séances avaient été interrompues au bout d'un mois en raison d'un genou douloureux. Lors d'une consultation du 12 juin 2015 auprès du Dr G_____, celui-ci avait estimé que les troubles du genou gauche s'inscrivaient dans les suites de l'accident de 2010 et qu'ils n'étaient pas d'origine malade, raison pour laquelle une déclaration d'accident, mentionnant une rechute avec incapacité de travail dès le 12 juin 2015, avait été établie le 27 juin 2015.
18. Le 13 août 2015, l'assureur a fait savoir à l'assuré qu'il lui allouait des prestations d'assurance pour les suites de son accident du 14 avril 2010.
19. Dans une note du 25 septembre 2015, un collaborateur de l'assureur a mentionné qu'au vu de la gravité des troubles et du poste de travail occupé par l'assuré, un reclassement serait vraisemblablement nécessaire.

20. Le 5 octobre 2015, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.
21. Entendu par l'assureur le 25 novembre 2015, l'assuré a indiqué que l'état de son genou n'avait pas évolué depuis l'entretien du 30 juillet 2015. Il ressentait des douleurs permanentes et intolérables, accompagnées de blocages mécaniques qui apparaissaient lorsqu'il marchait au-delà de quinze à vingt minutes. Il souffrait d'une limitation fonctionnelle de la jambe qui l'empêchait de s'agenouiller ou même de fléchir le genou. Les descentes ou montées d'escalier étaient laborieuses et effectuées en prenant appui sur la jambe valide tout en maintenant la jambe gauche tendue. Le matin au réveil, il lui fallait environ un quart d'heure de mise en route pour retrouver une certaine aisance dans ses mouvements. Le Dr G_____ lui avait d'ores et déjà indiqué qu'une reprise de son ancienne activité de peintre en bâtiment n'était plus envisageable et qu'il fallait qu'il songe à une reconversion professionnelle. Son incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée.
22. Le 1^{er} décembre 2015, l'OAI a informé l'assuré de la mise en place d'une orientation professionnelle dans le cadre des mesures d'intervention précoce, ajoutant que cette mesure se déroulerait du 30 novembre au 20 décembre 2015 auprès de l'Organisation romande d'intégration et de formation professionnelle (ORIF).
23. Le 23 décembre 2015, l'OAI a encore octroyé un cours de formation (cours de français) à l'assuré dans le cadre desdites mesures d'intervention précoce.
24. Par téléphone du 2 février 2016, l'assuré a fait savoir à l'assureur que l'état de son genou gauche ne s'était pas amélioré malgré les séances de physiothérapie. Il s'était rendu, le 1^{er} février 2016, chez le Dr G_____. Ce dernier l'avait adressé à la docteure J_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, pour une infiltration du genou gauche. Un délai d'un à deux mois était nécessaire avant de constater les éventuels effets de ce traitement. En cas d'échec, une intervention serait éventuellement envisagée.
25. Entendu par l'assureur le 14 mars 2016, l'assuré a déclaré que son conseiller en réadaptation auprès de l'OAI avait suspendu provisoirement les éventuelles mesures en attendant de connaître clairement les mesures médicales envisagées.
26. Par courrier du 14 mars 2016, le conseiller en réadaptation auprès de l'OAI a « confirmé » à l'assureur que l'assurance-invalidité prendrait le relais (reclassement professionnel) dès que l'état de santé de l'assuré le permettrait.
27. Dans un rapport du 5 avril 2016, le docteur K_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur, a relaté l'examen de l'assuré auquel il avait procédé la veille. La marche se déroulait normalement, sans boiterie ni limitation fonctionnelle, y compris sur la pointe des pieds et les talons, même s'il y avait par moments, des soupirs et des gênes fonctionnelles modérées. Le genou gauche était source d'une légère douleur à la flexion forcée. Il arrivait

néanmoins à le fléchir complètement en position active. On notait par ailleurs une excellente stabilité ligamentaire et méniscale et aucune douleur à la palpation des points méniscaux. Après avoir considéré que les éléments radiologiques par IRM – qui n'étaient pas récents – montraient une normalité en dehors d'une lésion médicale de stade II, stable depuis 2010, sans modification majeure, et une chondropathie focale de grade III sur le versant rotulien externe, le Dr K_____ a posé le diagnostic de status après traumatisme du genou gauche datant de 2010, avec lésion traumatique résiduelle de l'articulation fémoro-patellaire et chondropathie rotulienne séquellaire.

Dans l'appréciation consécutive du cas, le Dr K_____ a estimé que même si l'assuré évoquait des douleurs importantes au niveau de son genou, qui limitaient la flexion en position debout au-delà de 40°, il ne pouvait pas, quant à lui, retenir objectivement la présence d'une lésion méniscale symptomatique, pour l'instant du moins. Il convenait en revanche de réaliser un bilan radiographique afin de pouvoir évaluer les deux articulations fémoro-patellaires. Le Dr K_____ a néanmoins estimé, en l'état, que la causalité entre la lésion rotulienne et l'accident de 2010 lui paraissait évidente, compte tenu de l'apparition de symptômes dans les suites de cet événement, malgré une récupération de la capacité de travail entre 2011 et 2014. Aussi le Dr K_____ a-t-il proposé la pré-exigibilité suivante afin d'épargner le genou gauche de l'assuré à l'avenir : une future activité professionnelle devrait éviter les travaux en position accroupie ou à genoux, ainsi que l'utilisation d'escaliers ou d'échelles. Une alternance des positions assise et debout serait conseillée, avec un aménagement pour les travaux en terrain instable, qu'il y aurait lieu de limiter. Il en irait de même pour les marches sur de longues distances et le port de charges moyennes à lourdes (< 20 kg) de façon répétitive. Moyennant le respect de ces limitations, une reprise d'activité à temps complet était prévisible.

28. Par communication du 15 décembre 2016, l'OAI a fait savoir à l'assuré qu'il prenait en charge les frais de formation du diplôme CAO (conception assistée par ordinateur) de niveau I et II du 1^{er} janvier au 11 juin 2017 à titre de reclassement, dans le cadre de la poursuite de sa formation. Il était précisé que cette formation ne pourrait en aucun cas être prolongée, de sorte qu'il serait mis fin à la mesure le 12 juin 2017.
29. Dans un rapport du 25 novembre 2016, le docteur L_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de l'assureur, a relaté l'examen final de l'assuré auquel il avait procédé le jour même. Ce dernier lui a annoncé qu'il suivait des séances de physiothérapie bihebdomadaires et un traitement par Codafalgan complété par l'application locale de pommade anti-inflammatoire.

L'assuré se plaignait toujours de douleurs fémoro-patellaires hémicirculaires qui survenaient après une station assise prolongée, position qui nécessitait d'ailleurs une mobilisation du genou de temps à autre. Le passage à la station debout était également douloureux, tout comme la montée et descente d'escaliers. La physiothérapie déclenchait également des douleurs. L'assuré se plaignait aussi de

douleurs nocturnes qui l'obligeaient à mettre un coussin sous son genou. Il évaluait sa capacité de marche à trente minutes, sans avoir essayé d'aller au-delà, par crainte de voir apparaître des douleurs. Sur le plan professionnel, l'assuré n'avait pas repris d'activité après mars 2015 mais il suivait actuellement, depuis mai 2016, une formation comme chef de chantier. Cette activité, qui s'exerçait pour moitié dans un bureau et pour moitié sur le terrain, se déroulait bien.

Le Dr L_____ a constaté que la marche s'effectuait sans boiterie mais que sur la pointe des pieds, elle était un peu difficile du côté gauche. La marche sur les talons était plus facile. L'accroupissement, partiellement réalisé, était un peu douloureux alors que l'agenouillement, très difficile du côté gauche, ne pouvait être tenu. En position couchée, la mobilité du genou gauche était de 140° en flexion et de 0° en extension. Il était à noter que le mouvement d'extension déclenchait un claquement douloureux.

Après avoir relevé qu'il n'y avait pas d'autre bilan radiologique depuis l'examen du 8 avril 2016, le Dr L_____ a posé les diagnostics de traumatisme du genou gauche datant de 2010 et de lésion traumatique résiduelle de l'articulation fémoro-patellaire avec chondropathie.

Dans l'appréciation du cas, ce médecin a relevé qu'en 2010, l'IRM avait mis en évidence une lésion méniscale alors que l'arthroscopie réalisée en 2014 avait confirmé une chondropathie rotulienne gauche. Le cas était stabilisé à ce jour.

Dans une activité professionnelle réalisée en alternance en position assise ou debout, permettant de travailler ni accroupi ni agenouillé, n'impliquant ni déplacements répétés dans les escaliers (ou sur une échelle) ni port de charges de plus de vingt kilos, on pouvait s'attendre à une activité professionnelle à plein temps sans diminution de rendement.

30. Par appréciation médicale du 25 novembre 2016, le Dr L_____ a estimé que dans la mesure où l'assuré souffrait d'une arthrose fémoro-patellaire débutante et que les tables de l'assureur prévoyaient l'indemnisation des atteintes à l'intégrité résultant d'arthrose, il y avait lieu de fixer le taux d'atteinte à l'intégrité à 5 %.
31. Par courriel du 15 décembre 2016, le conseiller en réadaptation professionnelle de l'OAI a informé l'assureur que le SMR était d'avis que l'assuré avait une capacité de travail complète dans une activité adaptée, raison pour laquelle les mesures de reclassement prendraient fin le 12 juin 2017.
32. Le 13 janvier 2017, le gestionnaire du dossier auprès de l'assureur a écrit à ce même conseiller pour lui annoncer qu'il avait adressé, le jour même, « à tous nos partenaires une lettre de clôture au 1^{er} janvier 2017 avec examen d'un éventuel droit à une rente [LAA] à la fin des mesures AI ». L'assureur verserait également ses indemnités journalières jusqu'au 1^{er} janvier 2017 étant donné qu'aux termes de la décision de l'OAI du 19 janvier 2016, l'assuré bénéficierait des prestations de l'assurance-invalidité du 2 janvier 2017 jusqu'au 11 juin 2017.

-
33. Par courrier du 16 janvier 2017, l'assureur a annoncé à l'assuré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation d'un traitement une amélioration notable des suites de l'accident, raison pour laquelle il mettait fin à la prise en charge des soins médicaux « dès ce jour ». En revanche, la physiothérapie continuerait à être couverte jusqu'au 30 juin 2017 uniquement. Des indemnités journalières lui avaient été versées jusqu'au 1^{er} août 2016 sur la base d'une incapacité de travail de 100 %. Depuis cette date, il bénéficiait des indemnités journalières de l'AI dans le cadre des mesures de réadaptation octroyées par cette dernière assurance. Enfin, les conditions pour l'indemnisation d'une éventuelle invalidité partielle seraient examinées à l'issue des mesures de reclassement professionnel de l'AI.
34. Le 21 avril 2017, les mesures professionnelles de l'assurance-invalidité ont été interrompues en raison d'une intervention chirurgicale prévue le 26 avril 2017.
35. Le 26 avril 2017, l'assuré a subi une intervention au genou gauche, pratiquée par le Dr M_____, spécialiste en chirurgie orthopédique.
36. Par courriel du 28 avril 2017 au gestionnaire du dossier auprès de l'assureur, le conseiller en réadaptation de l'OAI a indiqué que l'assuré l'avait contacté suite à son opération du 26 avril et à la fin de sa formation. Selon les prévisions, celui-ci devait effectuer un stage de formation. L'intervention de l'AI prendrait fin le 11 juin 2017 mais il subsistait des possibilités pour un placement à l'essai ou une aide à l'embauche.
37. Le 19 mai 2017, l'assureur a reçu le rapport opératoire du Dr M_____ du 26 avril 2017, posant les sept diagnostics suivants :
- douleurs invalidantes post-luxation de la rotule gauche (accident du 14 avril 2010) ;
 - lésions cartilagineuses instable de degré II des versants interne et externe de la rotule ;
 - lésion du bord libre de la partie moyenne du ménisque externe ;
 - lésion stable du versant tibial de la corne postérieure du ménisque interne ;
 - lambeau de Hoffa s'interposant en fémoro-rotulien ;
 - plica para-patellaire interne fibreuse ;
 - corps cartilagineux intra-articulaires libres ;
 - synovites juxta-lésionnelles.
- L'intervention, par arthroscopie, avait consisté notamment en synovectomies juxta-lésionnelles, une résection des flaps cartilagineux instables, une chondroplastie de la rotule, une résection du bord libre de la partie moyenne du ménisque externe, un débridement du versant tibial de la corne postérieure du ménisque interne et une ablation des corps cartilagineux intra-articulaires libres.
38. Le 19 mai 2017, l'entreprise N_____ SA (ci-après : N_____ SA) a délivré une attestation aux termes de laquelle l'assuré suivait, au sein de cette entité, une

formation professionnelle en direction des travaux, comprenant divers cours ainsi qu'un stage en entreprise du 1^{er} juillet 2017 au 25 août 2017.

39. Par avis du 22 mai 2017, le Dr L_____ a estimé qu'il y avait lieu de reprendre le versement des prestations d'assurance dès la date de l'opération.
40. Le 2 juin 2017, le conseiller en réadaptation de l'OAI a fait savoir à N_____ SA qu'il avait confirmé, à l'assuré, la prise en charge du versement d'indemnités journalières par l'assurance-invalidité durant son futur stage en entreprise, ce dès que son état de santé le lui permettrait (capacité de travail d'au moins 50 %).
41. Par certificat du 31 juillet 2017, le Dr M_____ a attesté d'une incapacité de travail totale jusqu'au 31 août 2017.
42. Le 11 août 2017, le Dr L_____ a reçu l'assuré en vue d'effectuer un bilan. Selon ses constatations, il existait une boiterie du côté gauche lors de la marche ainsi que des difficultés pour se relever de son siège pour faire les premiers pas. La marche sur la pointe des pieds était difficile du côté gauche, plus facile sur les talons. L'accroupissement était très partiellement réalisé en raison des douleurs. Dans l'appréciation consécutive du cas, le Dr L_____ a estimé que la physiothérapie pouvait désormais débiter, ajoutant que l'assuré devait consulter le Dr M_____ fin août pour envisager une reprise de son activité professionnelle à 50 %. Il était néanmoins possible qu'une nouvelle incapacité d'un mois supplémentaire fût nécessaire pour lui permettre de réaliser son stage pratique « dans des immeubles, ce qui [nécessiterait] des déplacements répétés ». On pouvait s'attendre à une reprise à 100 % au 1^{er} octobre 2017.
43. Par pli du 14 août 2017, l'assureur a transmis au Dr M_____ une copie du rapport du 11 août 2017 du Dr L_____.
44. Le 23 août 2017, le Dr M_____ a prolongé l'arrêt de travail complet de l'assuré jusqu'au 30 septembre 2017.
45. Par courrier du 28 août 2017, l'OAI a annoncé à l'assuré que N_____ SA n'était joignable d'aucune manière et que de l'avis de l'assureur, une reprise du travail à 100 % était envisageable au plus tard le 1^{er} octobre 2017. Aussi a-t-il fait savoir à l'assuré qu'il maintenait sa proposition de mettre en place un stage à l'essai mais qu'en l'absence de nouvelles de la part de N_____ SA, cette mesure de placement à l'essai pourrait se dérouler dans une « entreprise partenaire » que l'assuré voudrait bien proposer à l'OAI.
46. Par courriel du 21 septembre 2017, le gestionnaire du dossier auprès de l'assureur a annoncé au conseiller en réadaptation de l'OAI qu'il s'était entretenu par téléphone avec l'assuré. Celui-ci lui avait fait part de ses plaintes au niveau de son genou gauche pour lesquels il n'avait constaté aucune amélioration. Une reprise du travail, même à 50 %, dès le 1^{er} octobre 2017, semblait peu probable.

47. Par retour de courriel du même jour, le conseiller en réadaptation de l'OAI a indiqué qu'il clôturait effectivement le dossier. La mesure de réadaptation était terminée et il n'y avait « aucun nouveau fait médical ».
48. Par avis du 22 septembre 2017, le Dr L_____ a indiqué que l'évolution n'était pas satisfaisante, qu'il convenait de refaire le point après la prochaine consultation du Dr M_____ et d'envisager un travail uniquement en position assise.
49. Par projet de décision du 22 septembre 2017, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assuré. Sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle depuis le mois d'octobre 2014 mais entière dans une activité adaptée, ce également depuis le mois d'octobre 2014. À l'issue du délai de carence, soit en octobre 2015, la comparaison des revenus avec et sans invalidité faisait ressortir une perte de gain de 10 %. Celle-ci avait pu être réduite à 1 % grâce aux mesures professionnelles mises en place de novembre 2015 à juin 2017. D'autres mesures professionnelles n'apparaissaient pas indiquées et ne permettaient pas de réduire cette perte de gain.
50. Le 17 octobre 2017, le Dr M_____ a prolongé l'arrêt de travail complet de l'assuré jusqu'au 17 novembre 2017.
51. Par courriel du 18 octobre 2017, le gestionnaire du dossier auprès de l'assureur a interpellé le conseiller en réadaptation au sujet du projet de décision de l'OAI du 22 septembre 2017, demandant si cela sous-entendait que le dossier serait clôturé définitivement. Auquel cas, l'assureur examinerait, de son côté, l'éventuel droit de l'assuré à une rente partielle conformément à ce qui avait été annoncé à l'assuré par courrier du 16 janvier 2017.
52. Par retour de courriel du même jour, le conseiller en réadaptation a répondu qu'il confirmait effectivement la clôture de la partie « réadaptation » du dossier de l'assuré dans la mesure où celui-ci était apte, aujourd'hui, à travailler dans une activité adaptée à son état de santé. Cela étant, cette décision ne remettait pas en cause l'engagement de l'OAI à soutenir l'assuré dans le cadre d'un stage en entreprise (placement à l'essai et/ou allocation d'initiation au travail). Actuellement, l'assuré effectuait des recherches et il était dans l'attente de réponses. S'il ne devait pas décrocher de stage d'ici fin 2017, sa demande serait alors effectivement clôturée définitivement.
53. Le 26 octobre 2017, le Dr M_____ a prolongé l'arrêt de travail complet de l'assuré jusqu'au 26 novembre 2017.
54. Dans un rapport daté également du 26 octobre 2017, le Dr M_____ a indiqué qu'il avait revu l'assuré le jour même à sa consultation. L'évolution radio-clinique était lentement favorable mais les efforts restaient difficiles et l'assuré persistait à avoir une amyotrophie malgré les exercices de fortification. Une reprise du travail en tant que peintre en bâtiment n'était pas possible actuellement, d'autant que l'arrêt de travail avait été prolongé jusqu'au 26 novembre 2017 et était à revoir à cette date. De plus, l'assuré était actuellement au bénéfice d'une mesure de reclassement professionnel.

55. Par décision du 3 novembre 2017, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision du 22 septembre 2017.
56. Invité à se prononcer sur le rapport du 26 octobre 2017 du Dr M_____, le Dr L_____ a estimé, le 24 novembre 2017, que l'on pouvait s'attendre à la reprise d'une activité adaptée dès le 1^{er} octobre 2017 « selon l'exigibilité définie ». Le cas était stabilisé. Il n'y avait pas de modification de l'exigibilité ni de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI).
57. Le 20 décembre 2017, l'assureur a versé au dossier des recherches de descriptions de poste de travail (ci-après : DPT) et sélectionné cinq d'entre elles, soit :
- mécanicien/employé de gravure ;
 - huissier ;
 - rectifieur/ouvrier ;
 - collaborateur de production/opérateur assemblage mouvements ;
 - gardien/caissier de parking de jour.

La moyenne des salaires moyens des cinq DPT sélectionnées s'élevait à CHF 60'076.- en 2017.

58. Par décision du 20 décembre 2017, l'assureur a alloué à l'assuré une IPAI de CHF 6'300.-, (soit 5 % de CHF 126'000.-) et lui a refusé le droit à une rente d'invalidité, motif pris qu'il était à même d'exercer à plein temps, sans diminution de rendement, une activité adaptée dans différents secteurs de l'industrie, permettant d'alterner les positions assise et debout et n'impliquant pas le port de charges supérieures à 20 kg. En comparant le revenu réalisable dans une telle activité (CHF 60'076.-) à celui qu'il aurait réalisé, sans accident, dans son activité habituelle de peintre en 2017 (CHF 66'020.-), la perte de gain s'élevait à 9 %, ce qui était insuffisant pour donner droit à une rente d'invalidité.
59. Dans un rapport intermédiaire du 22 décembre 2017 à l'assureur, le Dr M_____ a renvoyé à son rapport opératoire du 26 avril 2017 pour les diagnostics. L'évolution était caractérisée par des « efforts difficiles » puis une amélioration progressive depuis le 4 décembre 2017. Il n'y avait pas de circonstances particulières ayant influencé l'évolution du traitement dont il n'était pas possible, en l'état, d'estimer la durée. On pouvait cependant d'ores et déjà s'attendre à la persistance de lésions arthrogènes.
60. Le 29 janvier 2018, l'assuré, représenté par le syndicat Unia, a formé opposition à la décision du 20 décembre 2017, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité transitoire rétroagissant à une date qui serait précisée ultérieurement (après réception et examen du dossier). Il a demandé en outre que son droit à une rente d'invalidité définitive fût réservé.

L'assuré a fait valoir qu'une rente d'invalidité transitoire lui était due jusqu'au terme des mesures de réadaptation que l'OAI avait mises en œuvre après l'accident.

Il a également produit un certificat du 16 janvier 2018 du Dr M_____, faisant état d'une capacité de travail nulle jusqu'au 16 février 2018, assorti de la mention « travail de bureau autorisé ».

61. Le 12 mars 2018, l'assuré a complété son opposition, conclu à l'annulation de la décision du 20 décembre 2017 ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité journalière correspondant au 80 % de son gain assuré jusqu'au 9 novembre 2017. En d'autres termes, l'assureur n'aurait pas dû mettre fin à l'octroi d'indemnités journalières au 30 septembre 2017. Une prolongation de leur versement jusqu'au 9 novembre 2017 correspondait à l'aptitude au placement que l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) avait reconnue à l'assuré dans une décision sur opposition du 23 février 2018. Il ressortait de cet acte que l'assuré s'était inscrit à l'OCE le 10 novembre 2017 et que le service juridique de l'OCE l'avait considéré inapte au placement par décision du 22 décembre 2017 pour les motifs suivants : même s'il avait cherché un emploi à un taux de 100 % tant avant que depuis son inscription à l'OCE en qualité de technicien de bâtiment et de directeur de travaux, il n'avait remis aucun certificat médical « attestant d'une reprise de sa capacité de travail eu égard à son activité de peintre en bâtiment ». Dans le cadre de son opposition du 25 janvier 2018 à la décision de l'OCE du 22 décembre 2017, l'assuré avait notamment versé au dossier des certificats du Dr M_____ dont il ressortait que son aptitude au travail était à revoir à la fin du mois de novembre 2017 pour son activité habituelle de peintre en bâtiment, qui n'était pas encore possible, contrairement à un travail de bureau qui était autorisé. L'assuré avait en outre produit, le 19 février 2018, un certificat du Dr M_____ attestant qu'il ne pouvait plus exercer le métier de peintre en bâtiment mais qu'il était apte, dès le 10 novembre 2017, à exercer une activité à plein temps qui fût adaptée à ses limitations fonctionnelles. Aussi l'OCE a-t-il considéré, dans sa décision sur opposition du 23 février 2018, que les annexes produites avant le 19 février 2018 confirmaient les déclarations de l'assuré, hormis le fait que la capacité de travail entière dans une activité adaptée à partir du 10 novembre 2017 n'était pas mentionnée. Toutefois, dans la mesure où le certificat produit le 19 février 2018 remédiait à cette absence de preuve, l'OCE a admis l'opposition du 25 janvier 2018 et déclaré l'assuré apte au placement dès le 10 novembre 2017 à raison d'une disponibilité à l'emploi de 100 %.
62. Par décision du 23 février 2018, l'assureur a rejeté l'opposition formée le 29 janvier 2018. Il avait versé des indemnités journalières jusqu'au 31 juillet 2016 et l'assuré avait, par la suite, bénéficié de mesures d'ordre professionnel et, simultanément, d'indemnités journalières de la part de l'OAI, du 2 août 2016 au 1^{er} janvier 2017 et du 2 janvier 2017 au « 11 juin 2017 » (recte : 21 avril 2017). Une rente transitoire avait pour vocation unique de maintenir une continuité dans le versement des prestations lorsqu'il n'était pas encore possible de fixer définitivement le droit à la rente faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité. En toute hypothèse, le droit à une telle rente transitoire prenait fin à partir du moment où l'assuré avait droit à une indemnité journalière de

l'assurance-invalidité. Étant donné que l'assuré avait touché des indemnités journalières de l'assureur jusqu'à l'octroi des mesures d'ordre professionnel précitées, la continuité dans le versement des prestations avait été assurée, de sorte qu'une rente transitoire n'avait pas lieu d'être. Pour le surplus, il ne ressortait pas du certificat du 16 janvier 2018 du Dr M_____ que l'état de santé de l'assuré n'aurait pas été stabilisé avant le 10 novembre 2017 et que ce dernier n'aurait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée qu'à partir de cette date. Ce certificat attestait simplement que la capacité de travail était nulle « du 8 octobre 2017 au 16 février 2018 » (recte : « du 16 octobre 2014 au 16 février 2018 ») et qu'un travail de bureau était autorisé. Dans la mesure où il n'en ressortait pas que l'assuré suivait ou devait encore suivre des traitements médicaux propres à améliorer sensiblement son état de santé ni aucun autre élément de nature à remettre en cause les conclusions émises par le Dr L_____ le 11 août 2017, confirmées le 24 novembre 2017, il y avait lieu d'admettre que l'assureur était en droit de passer à l'examen du droit à une rente d'invalidité pour le 1^{er} octobre 2017 et n'avait donc pas à reprendre le versement des indemnités journalières du 1^{er} octobre au 9 novembre 2017 comme le requérait l'assuré. Enfin, une rente d'invalidité n'était pas due à plus forte raison que la moyenne des revenus moyens résultant des DPT (CHF 60'076.-) était inférieure au revenu d'invalidité de CHF 66'020.- fixé par l'OAI au terme de la réadaptation professionnelle. Dans la mesure où ce revenu tenait compte de la nouvelle formation professionnelle acquise par l'assuré, il était plus proche de ce que l'on pouvait raisonnablement exiger de sa part dans le cadre de son obligation de réduire le dommage. Partant, il convenait plutôt de constater que la comparaison entre le gain annuel sans invalidité, non contesté, de « CHF 66'020.- » (recte : CHF 66'459.-) et le revenu exigible de CHF 66'020.- ne laissait subsister aucune perte de gain.

63. Le 8 mai 2018, l'assuré a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, concluant à son annulation et à la condamnation de l'intimée au versement d'indemnités journalières jusqu'au 9 novembre 2017.

À l'appui de ses conclusions, il a fait valoir qu'à teneur d'un certificat du 17 janvier 2018 du Dr M_____ (produit pour la première fois dans le cadre de la procédure l'opposant à l'intimée), il se trouvait, du 16 octobre 2014 au 9 novembre 2017, en incapacité de travail à 100 % en tant que peintre en bâtiment. Ce certificat précisait qu'à partir du 10 novembre 2017, le recourant était apte à travailler à un poste adapté, sans contraintes pour son genou gauche opéré, de sorte qu'un « travail de bureau serait plus convenable ». L'intimée n'avait cependant pas tenu compte des conclusions de ce médecin, n'hésitant pas non plus à stopper abruptement le versement des indemnités journalières « au-delà du 1^{er} septembre 2017 » (sic). Quoi qu'il en soit, si la chambre de céans considérait que la capacité de travail dans une activité adaptée existait déjà dès le 1^{er} octobre 2017, il ne faisait aucun doute que le recourant aurait dû bénéficier d'une période de transition adéquate. Tel n'était pas le cas puisque ce n'était que le 14 août 2017 que l'intimée lui avait fait savoir

qu'elle le considérait apte à exercer une activité à plein temps le 1^{er} octobre 2017 au plus tard. Au vu de la durée de son éloignement du marché du travail et de l'absence d'expérience professionnelle en Suisse dans un domaine autre que la peinture, l'intimée aurait dû lui octroyer des indemnités journalières jusqu'au 9 novembre 2017.

64. Par réponse du 6 juillet 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours en faisant valoir que ni le recourant ni le Dr M_____ n'avaient réagi au courrier du 14 août 2017 de l'intimée. De plus, le recourant ne mettait en avant aucun argument médical ou scientifique qui expliquerait pour quelle raison objective une activité sédentaire, comme une activité de bureau, n'aurait pas été exigible au plus tard à compter du 1^{er} octobre 2017.
65. Le 10 août 2018, le recourant a répliqué en soutenant en substance que les avis du Dr L_____ étaient sujets à caution. En effet, ce dernier avait déjà estimé, le 25 novembre 2016, que le cas était stabilisé, avant de se raviser le 22 mai 2017 en estimant qu'il y avait lieu de reprendre le versement des prestations d'assurance dès le 26 avril 2017, date de l'opération. La nécessité de cet acte chirurgical avait contraint le Dr L_____ d'admettre que la durée de l'incapacité de travail du recourant perdurerait bien au-delà de ses prévisions. Dans ces circonstances, il convenait de s'en tenir à l'avis du Dr M_____ qui, en tant qu'auteur de l'opération pratiquée le 26 avril 2017, était mieux à même d'apprécier la durée de l'incapacité de travail du recourant dans une activité adaptée.
66. Par courrier du 13 décembre 2018, le recourant a précisé qu'il avait bien perçu les indemnités journalières de l'intimée jusqu'au 30 septembre 2017 – et non jusqu'au 31 août 2017 comme indiqué précédemment de façon erronée – et que le litige était dès lors circonscrit au versement des indemnités journalières pour la période du 1^{er} octobre au 9 novembre 2017.
67. Le 7 janvier 2019, le recourant a produit, à la demande la chambre de céans, les annexes à l'opposition qu'il avait formée à la décision de l'OCE du 22 décembre 2017. Se référant à ces dernières, en particulier aux preuves de recherche d'emploi effectuées dès le 5 octobre 2017, il a précisé que s'il avait entrepris de telles démarches, c'était parce qu'il avait appris, au cours de cette période, que sa capacité de travail serait rétablie le mois suivant. « Afin de ne pas perdre de temps », il avait débuté la recherche d'un stage en entreprise pour la mi-novembre.

Il ressort pour le surplus des annexes précitées qui contenaient – outre le certificat du 17 janvier 2018 du Dr M_____, déjà produit le 8 mai 2018 à l'appui du recours – la décision du 22 décembre 2017 de l'OCE. Selon cette dernière, le Dr M_____ avait établi deux certificats. Dans le premier, daté du 20 novembre 2017, ce médecin attestait que l'incapacité de travail du recourant, qui était totale depuis le 16 octobre 2014, était à revoir à la fin du mois de novembre 2017 et qu'un travail de peintre en bâtiment n'était pas encore possible. Dans le second, daté du 4

décembre 2017, le Dr M_____ indiquait que l'incapacité de travail du recourant était totale jusqu'au 15 janvier 2018 mais qu'un travail de bureau était autorisé.

68. Invité par courrier de la chambre de céans du 24 janvier 2019 à dire s'il partageait l'appréciation du Dr L_____, émise le 11 août 2017, selon laquelle on pouvait s'attendre à partir du 1^{er} octobre 2017, à ce que le recourant reprenne à plein temps une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par ce médecin, le Dr M_____ a répondu le 15 février 2019 : « bureau possible ! ». Il a indiqué que le 1^{er} octobre 2017, le recourant suivait encore un traitement à base d'antidouleurs et d'anti-inflammatoires. Interrogé sur le point de savoir pourquoi, dans son certificat du 17 janvier 2018, il avait retenu la date du 10 novembre 2017 pour le rétablissement de la capacité de travail du recourant dans un poste adapté sans contraintes pour son genou gauche, le Dr M_____ a indiqué : « évolution difficile, nouveaux accidents du genou gauche les 30 juillet 2017, 1^{er} mars 2018 et 4 décembre 2018 ». De plus, le recourant avait été réopéré le 5 décembre 2018. Questionné sur l'exigibilité de l'exercice à plein temps d'une activité adaptée au 1^{er} octobre 2017, le Dr M_____ a renvoyé aux explications qu'il avait fournies en réponse à la question précédente. Enfin, prenant position sur le point de savoir si la fonctionnalité du genou s'était améliorée de manière sensible entre le 1^{er} octobre 2017 et le 10 novembre 2017 et, si oui pourquoi, le Dr M_____ a répondu : « évolution lente suite aux nouveaux accidents ! ».
69. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).
3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident et les rechutes invoqués par le recourant sont survenus avant cette date, le droit du recourant aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du

25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales concernées par ladite modification seront donc citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (ci-après : aLAA, respectivement aOLAA).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA). En tenant compte de la suspension des délais du 7^{ème} jour avant Pâques au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), soit du 25 mars au 8 avril 2018, le recours a été interjeté en temps utile dans la mesure où il a été déposé le 8 mai 2018 contre la décision sur opposition du 4 avril 2018 reçue au plus tôt le lendemain. Respectant également la forme prévue par la loi, il est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
5. a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. Selon cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

Lorsque l'opposition ne concerne pas toute la décision, mais seulement une partie de celle-ci dans la mesure fixée par les griefs soulevés, la décision entre partiellement en force (ATF 119 V 347 consid. 1b; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 152/01 du 8 octobre 2003, consid. 3).

- b. Non contestée par voie d'opposition en tant qu'elle concernait l'octroi d'une IPAI de 5 %, la décision du 20 décembre 2017 est entrée en force sur ce point. Quant à la décision litigieuse, le recourant ne conteste pas, au stade du recours, ne pas présenter une incapacité de gain qui lui permettrait de prétendre à une rente d'invalidité. Le litige concerne ainsi uniquement le point de savoir si l'intimé aurait dû prolonger l'octroi d'indemnités journalières du 1^{er} octobre au 9 novembre 2017.
6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est

réputée accident 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). L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA), il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint notamment dès qu'une rente d'invalidité est versée (art. 16 al. 2 LAA). Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA)

7. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). À cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai doit être appréciée selon les circonstances du cas particulier. Elle est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (ATF 129 V 460 consid. 5.2 ; 114 V 281 consid. 5b ; arrêt du 8C_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3). On précisera que cette jurisprudence relative au délai que l'assureur social doit accorder à la personne assurée, qui concerne notamment l'indemnité journalière de l'assurance-accidents, ne peut pas être transposée au domaine des rentes de l'assurance-accidents ou de l'assurance-invalidité, pour lesquelles le droit prend naissance selon d'autres conditions prévues par les lois spéciales (art. 19 LAA ; art. 28 et 29 LAI ; Margit MOSER-SZELESS, in Dupont/Moser-Szeless (éd.), Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire, n. 38 ad art. 6 LPGA et la référence à l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_687/2014 du 22 septembre 2015 consid. 5.1.2).
8. a. Selon l'art. 19 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (al. 1). Le droit à la rente s'éteint lorsque celle-ci est remplacée en totalité par une indemnité en capital, lorsqu'elle est rachetée ou lorsque l'assuré décède (al. 2). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur la naissance du droit aux rentes lorsque l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité quant à la réadaptation professionnelle intervient plus tard (al. 3). En se fondant sur cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a adopté l'art. 30 de l'ordonnance sur

l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA – RS 832.202) qui, sous le titre "Rente transitoire", prévoit ceci: Lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'AI concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint: dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'AI (let. a) avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b) ou avec la fixation de la rente définitive (let. c).

b. De jurisprudence constante, il découle de l'art. 19 al. 1 LAA que lorsqu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, il convient de mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et des indemnités journalières et le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une IPAI doivent être alors examinés (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4). Dans un arrêt du 11 août 2016, le Tribunal fédéral a ainsi considéré qu'un assuré avait beau soutenir que l'assureur-accidents n'était pas en droit de mettre un terme au versement des indemnités journalières sans lui fixer un délai approprié pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession, il n'en demeurait pas moins, selon la Haute Cour, que l'argumentation de l'intéressé tombait à faux dès lors que son droit à des indemnités journalières n'avait pas été réduit en application de l'art. 6, 2^{ème} phrase LPGA mais avait pris fin sur la base de l'art. 19 al. 1 LAA, plus précisément parce qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de son état de santé. Dans ces circonstances, la fixation d'un délai approprié n'avait pas lieu d'être (arrêt du Tribunal fédéral 8C_443/2016 du 11 août 2016 consid. 2.3).

Le point de savoir si l'on est en présence d'une amélioration sensible de l'état de santé se détermine en particulier en fonction de l'accroissement ou du rétablissement de la capacité de travail en tant que celle-ci est diminuée par l'accident assuré. L'emploi du qualificatif « sensible » à l'art. 19 al. 1 LAA signifie ainsi que l'amélioration qui est attendue d'un traitement médical (approprié) au sens de l'art. 10 al. 1 LAA doit être d'une certaine importance ; des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus en soi (arrêt du Tribunal fédéral 8C_956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Ni la possibilité très éloignée d'un résultat positif lié à la continuation d'un traitement médical, ni de petits progrès attendus du fait d'autres mesures – balnéothérapie ou physiothérapie par ex. (cf. arrêts du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 consid. 5.1 et 8C_142/2017 du 7 septembre 2017 consid. 4) –, ne confèrent un droit à de plus amples prestations de la part de l'assureur-accidents. Dans ce contexte, l'état de santé de la personne assurée doit être évalué de manière prévisionnelle et non rétrospective (arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 consid. 4 et les arrêts cités),

c'est-à-dire à la lumière des circonstances qui prévalaient au moment de la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_83/2017 du 11 décembre 2017 consid. 4.3).

c. En tant que l'art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase LAA fait dépendre la fin des prestations provisoires (indemnités journalières, traitement médical) du fait que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité (d'ordre professionnel) ont été menées à terme, il s'agit uniquement de mesures qui sont de nature à influencer le degré d'invalidité déterminant pour l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 90/01 du 21 octobre 2002 consid. 2.3). Tel n'est pas le cas pour une mesure d'aide au placement sous forme d'un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié (art. 18 al. 1 let. a LAI) alors que, dans le même temps, une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues est exigible à plein temps (arrêt du Tribunal fédéral 8C_142/2017 consid. 5.2.2).

d. En cas d'accident relevant de la LAA, la réadaptation professionnelle incombe à l'assurance-invalidité. La rente fixée en application de l'art. 30 OLAA est dénommée "transitoire" et a pour but de permettre à l'assureur-accidents qui ne peut encore fixer définitivement le degré d'invalidité de l'assuré, faute de connaître le résultat des mesures de réadaptation entreprises par l'assurance-invalidité, de verser néanmoins une rente sans attendre ce résultat. Elle a donc pour vocation unique de maintenir une continuité dans le versement des prestations lors même qu'il n'est pas encore possible de fixer définitivement le droit à la rente. Elle prend fin à partir du moment où l'assuré a droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité (ATF 139 V 514 consid. 2.3).

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).

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. À 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 125 V 351 consid. 3).

b. En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Lorsque dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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'article 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465; arrêt du Tribunal fédéral 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 5.3).

10. a. 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). 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).

b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d).

11. En l'espèce, l'intimée soutient qu'il ne ressort pas du certificat du Dr M_____, du 16 janvier 2018, que l'état de santé du recourant n'aurait pas été stabilisé avant le 10 novembre 2017 et que ce dernier n'aurait recouvré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée qu'à partir de cette date. De plus, le recourant ne mettrait en avant aucun élément de nature à remettre en cause les conclusions du Dr L_____ du 11 août 2017, confirmées le 24 novembre 2017. Pour sa part, le

recourant fait valoir que le Dr L_____ avait déjà estimé, le 25 novembre 2016, que le cas était stabilisé, avant de se raviser le 22 mai 2018 en estimant qu'il y avait lieu de reprendre le versement des prestations dès le 26 avril 2017, date de l'opération. Ayant précisément pratiqué cette opération, le Dr M_____ serait mieux à même d'apprécier la durée de l'incapacité de travail du recourant dans une activité adaptée.

Considérant, dans son « rapport d'examen final » du 25 novembre 2016, que le cas du recourant était stabilisé, le Dr L_____ a retenu la pleine exigibilité d'une activité réalisée en alternance en position assise ou debout, permettant de travailler ni accroupi ni à genoux, sans déplacements répétés dans les escaliers (ou sur une échelle) ni port de charges de plus de vingt kilos. Le 11 août 2017, soit trois mois et demi après l'intervention chirurgicale du 26 avril 2017, le Dr L_____ a examiné une nouvelle fois le recourant et considéré que la physiothérapie pouvait désormais débiter – ce qui était en réalité déjà le cas depuis peu selon les déclarations du recourant faites au Dr L_____ le jour de l'examen. Dans la mesure où le recourant lui avait annoncé qu'il devait consulter le Dr M_____ fin août 2017 pour envisager une reprise de son activité professionnelle à 50 %, le Dr L_____ avait également estimé possible qu'une incapacité d'un mois supplémentaire fût nécessaire pour lui permettre de réaliser son stage pratique « dans des immeubles, ce qui [nécessiterait] des déplacements répétés ». Aussi le Dr L_____ a-t-il estimé que l'on pouvait s'attendre à une reprise à 100 % au 1^{er} octobre 2017. Enfin, le Dr L_____ a considéré le 24 novembre 2017, après avoir pris connaissance du rapport de consultation du 26 octobre 2017 du Dr M_____, que le cas était stabilisé et que l'on pouvait s'attendre à la reprise d'une activité adaptée le 1^{er} octobre 2017 selon l'exigibilité déjà définie.

Reposant sur une connaissance approfondie du dossier, des examens cliniques, la prise en compte des déclarations du recourant et de l'évolution du cas après l'intervention du 26 avril 2017, les conclusions du Dr L_____ apparaissent suffisamment motivées et vierges de contradictions, qu'il s'agisse de l'exigibilité de d'une activité adaptée ou de la date de reprise d'une telle activité.

Le Dr L_____ estimait certes, le 22 septembre 2017, qu'il convenait de « refaire le point » après la prochaine consultation du Dr M_____, soit celle du 26 octobre 2017. Force est toutefois de constater que dans son rapport du 26 octobre 2017, le Dr M_____ mentionnait avant tout qu'une reprise du travail en tant que peintre en bâtiment « n'était pas possible actuellement ». Or ce point ne prête pas à discussion au vu des limitations fonctionnelles retenues par le Dr L_____. Par ailleurs, dans la mesure où le Dr M_____ a affirmé le 15 février 2019, sur question de la chambre de céans, qu'un travail de bureau était possible le 1^{er} octobre 2017, ce médecin ne conteste pas en définitive l'exigibilité de la reprise d'une activité adaptée à cette date. Et le fait qu'il indique « bureau possible », sans motiver ni préciser sa réponse – bien qu'il ait été invité à le faire –, ne permet pas de remettre en cause la fiabilité et la pertinence des limitations fonctionnelles

retenues par le Dr L_____. Le 15 février 2019, le Dr M_____ a encore mentionné que s'il avait considéré, par certificat du 17 janvier 2018, que le recourant était apte, à partir du 10 novembre 2017, à travailler à un poste adapté sans contraintes pour son genou gauche opéré et qu'un travail de bureau était plus convenable, la date du 10 novembre 2017 s'expliquait par une « évolution difficile », de nouveaux accidents du genou gauche les 30 juillet 2017, 1^{er} mars 2018 et 4 décembre 2018 et une nouvelle opération le 5 décembre 2018. Il va sans dire que les événements situés en 2018 s'avèrent dénués de pertinence pour expliquer que la reprise d'une activité adaptée n'aurait été possible qu'à partir du 10 novembre 2017 seulement. Quant à l'événement que le 15 février 2019, le Dr M_____ qualifie d'accident du « 30.7.17 », on notera que ni le Dr M_____ ni le recourant n'en avaient jamais fait état jusqu'alors. En revanche, le recourant a indiqué au Dr L_____, le 11 août 2017, avoir consulté le Dr M_____ le 30 juillet 2017 « en raison de la persistance des douleurs » alors que les séances de physiothérapie venaient juste de commencer à cette époque (cf. pce 253, p. 1 intimée). En toute hypothèse, quel que soit l'événement qui, aux dires du Dr M_____, se serait produit le 30 juillet 2017, force est de constater qu'il n'a pas empêché ce même médecin de retenir, le 15 février 2019, qu'une activité de bureau était possible le 1^{er} octobre 2017. Dans ces circonstances, il ne ressort pas des explications fournies le 15 février 2019 par le Dr M_____ en quoi il y aurait eu lieu d'attendre de la continuation du traitement médical – consistant, le 1^{er} octobre 2017, dans l'administration d'un traitement symptomatique (antidouleurs et anti-inflammatoires) aux dires de ce praticien – une sensible amélioration de l'état de santé (cf. consid. 8b) du recourant entre le 1^{er} octobre 2017 et le 10 novembre 2017.

Au vu de ces éléments, les avis trop succincts, insuffisamment motivés et en partie contradictoires du Dr M_____ ne laissent pas subsister de doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation du Dr L_____. En conséquence, la chambre de céans considérera qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé du recourant était stabilisé le 1^{er} octobre 2017 et qu'il avait recouvré, à cette date, une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par ce médecin.

Dans un dernier moyen, le recourant soutient que l'intimée ne saurait le priver de ses indemnités journalières à partir du 1^{er} octobre 2017 sans lui avoir préalablement fixé un délai adéquat pour trouver une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles.

A cet égard, les indemnités journalières n'ont pas été réduites en application de l'art. 6, 2^{ème} phrase LPGA mais elles ont pris fin en vertu de l'art. 19 al. 1 LAA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_443/2016 du 11 août 2016 consid. 2.3). Dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation d'un traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant au-delà du 30 septembre 2017, l'intimée était fondée à mettre un terme au versement desdites indemnités à cette

date sans inviter préalablement le recourant à changer de profession au terme d'un délai de transition.

12. Compte tenu de ce qui précède, le recours, en tous points mal fondé, sera rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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