RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2014/2020 **ATAS/451/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 mai 2022

3ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié LE LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yves MAGNIN

recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (SUVA), sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Claudiane CORTHAY et Michael BIOT, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Monsieur A_____ (ci-après l'assuré), né en 1994, a travaillé en qualité de manœuvre dès le 12 novembre 2018. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la Suva).

b. L'assuré a été victime d'un accident le 13 novembre 2018. Selon la déclaration remplie par son employeur, en sortant de son immeuble, il a glissé sur le parvis et s'est blessé à la jambe et à la fesse droites (*recte* gauches). Invité à décrire les circonstances de l'évènement, l'assuré a indiqué, dans un formulaire rempli le 21 décembre 2018, avoir glissé et être tombé sur les fesses. En se levant, sa jambe gauche avait lâché et il était retombé.

La Suva a pris en charge l'accident, en versant notamment des indemnités journalières de 123.10 CHF/jour.

c. Dans un rapport de consultation du 17 novembre 2018, des médecins des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont diagnostiqué des lombalgies traumatiques. L'assuré présentait des douleurs lombaires basses centrales irradiant vers les cervicales et une faiblesse et une paresthésie du membre intérieur gauche depuis la chute. Il décrivait des fourmis au toucher de la jambe gauche. Il n'y avait pas d'instabilité ligamentaire du genou. Les médecins ont rapporté une chute dans le même contexte, avec réception sur les fesses et douleurs importantes une année plus tôt, alors que l'assuré était au Kosovo. Un diagnostic de déplacement vertébral avait alors été posé. La reprise du travail était fixée au 26 novembre 2018.

d. Dans un rapport du 14 décembre 2018, un médecin de la Clinique de Carouge a posé le diagnostic de lombalgie aiguë traumatique avec déficit sensitif du membre inférieur gauche. La mobilisation active de la jambe gauche était impossible, à cause de la douleur au niveau de la colonne lombaire.

e. Dans un rapport du 18 février 2019, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de contusion des lombes et du bassin. L'assuré disait avoir eu très mal après sa chute, mais il y avait eu une amélioration notable depuis lors. Il n'arrivait pas à étendre son membre intérieur gauche activement. Le pronostic était lentement favorable.

Ce médecin a délivré à l'assuré un arrêt de travail à 100% dès le 13 novembre 2018, régulièrement prolongé par la suite.

f. Dans un rapport du 16 avril 2019, le Dr B_____ a posé le diagnostic de contusion du bassin et de l'aile iliaque gauche. L'évolution et le pronostic étaient favorables, malgré une discrète boiterie.

g. Une radiographie du genou gauche du 28 juin 2019 a mis en évidence une structure osseuse homogène et une patella bien en place. Il y avait un minime pincement et une minime lame d'épanchement sous-quadricipitale.

h. Le 4 juillet 2019, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a examiné l'assuré. Celui-ci se plaignait de douleurs dans le dos et au genou, de type picotements. Les diagnostics étaient ceux de contusion du rachis et de l'articulation sacro-iliaque gauche et de contusion du genou gauche.

i. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou gauche réalisée le 10 juillet 2019 a révélé une discrète zone d'infiltration œdémateuse des tissus mous en avant de la pointe de la rotule et du secteur proximal du tendon rotulien, compatible avec des séquelles de contusion sous la forme d'une bursopathie post-traumatique.

j. L'assuré a séjourné à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 18 septembre au 9 octobre 2019. Dans leur rapport du 30 octobre suivant, les docteurs D_____, spécialiste FMH en médecine physique, et E_____ ont posé les diagnostics de contusion du genou gauche et du rachis le 13 novembre 2018, de rétrolisthésis de L5-S1 de grade I, de bursopathie proximale du tendon rotulien, de tendinopathie du tendon rotulien distal avec kyste arthrosynovial tibio-péronier proximal, d'obésité de grade I et d'arthrose fémoro-patellaire débutante gauche. L'assuré se plaignait de lombo-sciatalgies gauches et de gonalgies gauches antérieures. L'évaluation neurologique, comprenant un électroneuromyographe, n'avait pas retrouvé d'argument pour une atteinte organique expliquant le déficit sensitif et la limitation des mouvements du membre inférieur gauche.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives. Des facteurs contextuels pouvaient influencer négativement les aptitudes fonctionnelles, notamment un catastrophisme élevé et une kinésiophobie légère, associés à de nombreuses autolimitations et à une focalisation sur les douleurs. La participation aux thérapies était considérée comme faible. Les médecins relevaient une discordance entre la perception du handicap fonctionnel par l'assuré et la capacité fonctionnelle objectivée aux différents tests. Un niveau de performances minimal, des plaintes très fréquentes et des mimiques douloureuses étaient observés. Aux ateliers professionnels, l'assuré avait eu des difficultés à se plier à un programme d'activités simples et peu contraignantes. Concernant le genou gauche, les limitations provisoires étaient la montée et descente répétitive d'escaliers ou d'échelles. Aucune limitation n'était retenue pour le rachis. La situation était pratiquement stabilisée du point de vue médical. La poursuite d'un traitement de physiothérapie n'était pas proposée, au vu de la faible participation et des faibles bénéfices avec une thérapie intensive. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité de manœuvre était favorable à court terme, mais l'interférence des facteurs non médicaux pourrait ralentir ce processus. L'incapacité de travail avait été complète depuis le 18 septembre 2019.

k. Dans son rapport du 29 octobre 2019, le Dr B_____ a repris les diagnostics retenus par la CRR, précisant que la tendinopathie était post-traumatique. Il a qualifié l'évolution de peu favorable.

l. Dans une appréciation du 31 octobre 2019, le Dr C_____, se référant à son examen du 4 juillet 2019 et au rapport de la CRR, a considéré qu'on pouvait s'attendre dès ce jour à une reprise de l'activité professionnelle habituelle. Le discret rétrolisthésis relevait d'une pathologie médicale dégénérative, sans mise en évidence de lésion traumatologique récente. Conformément aux données de la littérature, l'événement traumatique avait cessé ses effets délétères six mois après l'évènement, soit le 13 mai 2019. Le *statu quo sine* était atteint pour les suites du traumatisme du rachis lombaire.

m. Le 18 novembre 2019, la Suva a informé l'assuré qu'elle mettrait fin au versement de ses prestations avec effet au 1er décembre 2019.

n. Par décision formelle du 5 décembre 2019, la Suva a confirmé la fin de sa prise en charge au 1er décembre 2019.

o. L'assuré s'est opposé à cette décision en arguant, en substance, que la position de la CRR « défiait le bon sens commun » et ne suffisait pas à fonder la décision querellée.

p. Dans une appréciation du 3 juin 2020, le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, s'est étonné de la qualification de post-traumatique de la tendinopathie découverte à l'IRM, alors même que l'événement initial ne mentionnait pas de contusion du genou. En tout état de cause, au-delà du 1er décembre 2019, les troubles du genou gauche n'étaient selon lui plus en lien de causalité avec l'événement de novembre 2018.

q. Par décision du 5 juin 2020, la Suva a rejeté l'opposition en faisant remarquer que les appréciations des médecins de la CRR et de ses médecins d'arrondissement étaient concordantes. Elle estimait avoir à raison mis fin à ses prestations, plus d'un an après un événement accidentel banal n'ayant pas entraîné d'atteinte organique.

B. **a.** Le 6 juillet 2020, l'assuré a interjeté recours auprès de la Cour de céans.

Il conclut préalablement à l'audition du docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, à la mise en œuvre d'une expertise et, sur le fond, à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge tous les troubles et frais relatifs à son genou gauche et au versement d'indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2919, avec intérêts à 5% l'an.

Le recourant fait en substance valoir que ses douleurs sont réelles et attestées médicalement, qu'il n'a jamais rencontré de problème de genou avant son accident de novembre 2018 et qu'il n'affabule pas.

Il produit notamment un rapport du 24 février 2020 des docteurs H_____ et I_____, médecins aux HUG, relatant une chute sur les fesses avec des douleurs au niveau du dos et des fourmillements au niveau de la jambe gauche, puis dans un deuxième temps, des douleurs au niveau du genou gauche. Ces médecins ont retenu le diagnostic de douleurs myofaciales du genou gauche.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée a conclu au rejet du recours.

c. Le recourant a complété son recours par écriture du 28 juillet 2020, en reprenant ses arguments.

Il a produit un certificat du 14 juillet 2020 du Dr G_____, selon lequel les IRM du genou gauche de juillet 2019 et juillet 2020 ne montraient pas de lésions traumatiques ou de pathologie pouvant expliquer les souffrances persistantes du recourant, dont l'état de santé n'était toujours pas stabilisé en 2020. Dans ces circonstances, un bilan arthroscopique pouvait être discuté, bien que son indication fût relative.

d. Le 28 août 2020, le recourant a informé la Cour de céans qu'une arthroscopie interviendrait le 9 septembre 2020.

e. L'intimée a noté que le Dr G_____ confirmait l'absence de lésion traumatique à l'IRM. Ce médecin ne semblait du reste pas convaincu de l'opportunité d'une arthroscopie. De plus, une arthroscopie à but diagnostique n'était pas propre à améliorer significativement la capacité de travail du recourant et n'infirmait ainsi pas la stabilisation de son état de santé au 1er décembre 2019.

f. Le 30 septembre 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions et produit les pièces suivantes :

- un rapport d'IRM de son genou gauche du 6 juillet 2020 par le docteur J_____, spécialiste FMH en radiologie, révélant l'intégrité du cartilage dans tous les compartiments du genou, une lésion de stade I à II sans déchirure décelable de la corne postérieure du ménisque interne et une plica synoviale médio-patellaire non épaissie ;
- un compte-rendu opératoire du 9 septembre 2020, dans lequel le Dr G_____ mentionne les diagnostics suivants : douleurs invalidantes du genou gauche (accident du 13 novembre 2018), lésion du bord libre de la partie moyenne et de la partie antérieure de la base d'implantation de la corne postérieure du ménisque externe, lésions cartilagineuses instables de degré II du condyle interne sur 15 mm de diamètre, lésions cartilagineuses instables de degrés I à II en zone centrale en fémoro-rotulien, plica parapatellaire interne fibreuse, corps cartilagineux intra-articulaires libres et synovites étendues ; l'intervention a consisté en une résection du bord libre et de la partie antérieure de la base d'implantation de la corne postérieure du ménisque externe, en une résection des flaps cartilagineux instables et chondroplastie du condyle interne, en une résection des flaps cartilagineux instables et chondroplastie en fémoro-rotulien,

en une dénervation de la rotule, en une résection de la plica et en une ablation des corps cartilagineux intra-articulaires libres ;

- un certificat du 24 septembre 2020 du Dr G_____, affirmant que les douleurs étaient imputables à l'accident du 13 novembre 2018.

g. Le 26 octobre 2020, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Elle souligne que le Dr G_____ n'explique pas pourquoi les douleurs au genou seraient d'origine traumatique.

Elle produit une nouvelle appréciation du Dr F_____, du 23 octobre 2020, dans laquelle le médecin rappelle que les examens cliniques, l'observation stationnaire, les radiographies et deux IRM n'ont pas mis en évidence d'atteintes méniscales ou cartilagineuses. Or, les images des IRM sont d'une qualité supérieure à la vision d'un chirurgien lors d'un acte arthroscopique. Le Dr F_____ s'interroge sur les atteintes cartilagineuses et méniscales retrouvées lors de l'intervention, deux mois après une IRM qui n'en décrivait pas. S'agissant de la plica, elle était non épaissie selon le Dr J_____, alors qu'elle a été paradoxalement qualifiée de fibreuse deux mois plus tard, dans le compte-rendu opératoire. Le Dr F_____, après des explications sur les différents types de plica, estime qu'en l'espèce, le lien de causalité entre accident et plica n'est que possible, compte tenu de sa découverte très ultérieure. Il joint un échange de courriels avec le docteur K_____, spécialiste en radiologie ayant procédé à l'IRM de juillet 2019, lequel confirme ne pas identifier de plica sur ces images.

h. Le 3 novembre 2020, le recourant a requis l'audition des Drs G_____ et J_____, respectivement la mise en œuvre d'une expertise.

i. Le recourant a réitéré sa requête d'audition de témoins dans son écriture du 30 novembre 2020, et produit un certificat du Dr G_____ daté du même jour.

Dans ce document, le Dr G_____ souligne que le recourant a souffert de douleurs invalidantes de son genou gauche depuis l'accident de 2018. Il précise que les lésions constatées lors du bilan arthroscopique ont été photodocumentées en per-opératoire en raison de leur petite taille. Son patient décrit une nette amélioration depuis l'opération et confirme n'avoir jamais souffert du genou gauche avant l'accident du 13 novembre 2018. Le médecin en tire la conclusion qu'il existe donc un lien de causalité.

j. Le 8 janvier 2021, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Elle soutient que la plica opérée par le Dr G_____ n'est pas en lien de causalité avec l'accident du 13 novembre 2018.

Elle produit un nouvel avis du Dr F_____, qui conteste l'origine traumatique des douleurs. Le geste du Dr G_____ a été efficace sur le plan de la plica, mais celle-ci ne paraît pas en lien avec l'accident. Elle n'a été notée par aucun autre chirurgien et en particulier pas par le Dr H_____. De plus, l'effet bénéfique du

lavage arthroscopique est bien souvent transitoire et rien n'indique qu'il persisterait, quand bien même la résection de la plica a pu soulager les douleurs si elle était à leur origine. Il y aura lieu de le vérifier à long terme.

Le Dr F_____ considère que le certificat du Dr G_____ est contradictoire. En effet, l'arthroscopie a été extensive, alors même que les lésions étaient décrites comme très petites. Par ailleurs, la dénervation de la rotule a pour effet une interruption du système d'information neurologique émetteur de la douleur, ce qui entraîne une amélioration qui pourrait n'être que transitoire. On voit de plus mal comment une IRM aurait pu laisser passer des flaps cartilagineux instables et des corps cartilagineux intra-articulaires libres. Le 1er juillet 2020, le Dr J_____ notait une intégrité du cartilage dans tous les compartiments du genou et une lésion de stade I à II sans déchirure notable de la corne postérieure du ménisque interne. Le geste du Dr G_____ peut se comprendre dans un désir d'amélioration du recourant. Cependant, ce dernier a présenté une simple contusion du genou, qui n'a pu créer au degré de la vraisemblance prépondérante les atteintes traitées par le Dr G_____.

k. Le 2 juin 2021, le recourant a informé la Cour de céans qu'il avait pu reprendre une activité professionnelle à 50% dès le 21 janvier 2021, puis à 100% dès le 8 février 2021.

l. Le 2 septembre 2021, la Cour de céans a entendu les Drs G_____ et F_____.

Le Dr G_____ a confirmé que les deux IRM n'avaient pas permis de tirer de conclusions. En raison des douleurs, une arthroscopie a néanmoins été décidée pour procéder à un bilan. Elle n'a pas montré de pathologie majeure, mais quelques anomalies (réaction inflammatoire, fissurations du ménisque et du cartilage). L'évolution a été favorable ; le recourant ne souffre plus. Le Dr G_____ a expliqué que s'il conclut à un lien de causalité avec l'événement, c'est d'une part parce que ce qui lui a été décrit était susceptible d'avoir ce genre de conséquences, d'autre part, parce qu'il ne trouve pas d'argument en faveur d'une atteinte dégénérative, au vu du jeune âge du recourant et de l'absence de douleurs avant l'événement. Une plica est un gros pli dans la capsule, qui peut frotter sur l'os et engendrer des douleurs ou une inflammation. Il ne s'agit pas d'une atteinte accidentelle, mais elle n'est pas dégénérative non plus. C'est simplement la constitution de certaines personnes, qui peut rester totalement asymptomatique. Dans un tel cas, elle ne peut pas être décompensée par un accident. Il faut plutôt une activité sportive sur la durée.

Le Dr F_____ a abondé dans le sens des explications du Dr G_____ s'agissant de l'origine non accidentelle d'une plica. Il a souligné que les fissurations du ménisque et du cartilage notées par le Dr G_____ n'apparaissaient pas à l'IRM. Le Dr F_____ n'en conteste pas l'existence, mais il estime qu'il ne s'agissait pas d'éléments suffisamment significatifs pour créer une pathologie douloureuse.

Le Dr G_____ a confirmé que les fissures consistaient en de petites lésions superficielles. Il était impossible de déterminer si elles étaient d'origine traumatique ou non. La plica n'était certes pas visible sur la première IRM, mais on ne saurait en conclure qu'elle n'était pas là. Elle n'a pas pu se développer *a posteriori*. Interpellé sur l'ampleur des plaintes du recourant, le Dr G_____ a noté une discrépance entre celles-ci et l'imagerie. Le témoin a répété qu'il retenait un lien de causalité en raison du jeune âge du recourant et de la chronologie des faits : absence de douleurs avant l'événement, apparition subite d'une douleur au moment de celui-ci, durée des douleurs et disparition de celles-ci après l'intervention.

Le Dr F_____ a constaté qu'aucune entorse du genou n'avait jamais été décrite, ni documentée, seule une simple tendinopathie ayant été notée. Il a expliqué qu'une inflammation de la plica peut apparaître chez les coureurs de fond, c'est-à-dire après des frottements dans la durée, et non pas à la suite d'une entorse. En l'occurrence, on ne peut, selon lui, conclure au degré de la vraisemblance prépondérante à un lien de causalité entre l'événement et l'apparition d'une plica. Celle-ci peut être survenue en raison des dyskinésies, mais aussi des problèmes lombaires dont souffrait l'assuré, eux-mêmes imputables à des discopathies. Il peut y avoir eu un phénomène de compensation.

Le Dr G_____ s'est dit d'accord sur le fait que la plica ne soit pas d'origine accidentelle. Pour lui, l'élément-clé est qu'il y a eu une entorse, même si elle n'était pas visible à l'imagerie. Elle ne fait aucun doute pour lui, parce que le recourant n'aurait pas souffert d'une douleur immédiate lors de la chute dans le cas contraire. Il a dû faire un faux mouvement du genou. Il n'en demeure pas moins qu'il y a eu des lésions cartilagineuses et méniscales, certes mineures, et qu'elles ne peuvent être d'origine dégénérative chez un patient de cet âge.

Le Dr F_____ a contesté la survenance d'une entorse, car les douleurs du recourant ont été décrites comme des picotements à l'examen clinique. Lors d'un tel examen, on procède à la palpation des ligaments. Or, rien n'a été noté sur ce plan. De plus, selon le résumé de séjour des HUG, le recourant aurait été victime d'une chute précédemment au Kosovo.

Le recourant a contesté ce point, affirmant qu'il parlait beaucoup moins bien le français à l'époque et qu'il avait simplement indiqué qu'il avait pu lui arriver de tomber en jouant, enfant, dans la neige. Il y a manifestement eu mauvaise compréhension par les médecins.

L'assuré a en outre précisé avoir repris le travail à 50% le 20 janvier 2020 puis à 100% le 8 février 2020 et a modifié ses conclusions en demandant le versement des indemnités journalières correspondantes.

m. Le 24 septembre 2012, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Elle reproche au Dr G_____ un discours contradictoire dans la mesure où il admet l'impossibilité de déterminer l'origine des fissures avant de conclure à leur

origine accidentelle. L'absence de plaintes avant l'accident ne suffit pas à admettre un lien de causalité. De plus, les douleurs ne sont pas apparues immédiatement après l'accident. La position du Dr G_____ n'est ainsi pas probante. Une entorse n'est pas la seule atteinte susceptible de causer des douleurs au genou.

Elle produit une appréciation complémentaire du Dr F_____, qui répète que la plica, seul élément nécessitant une prise en charge chirurgicale, n'a pas d'origine traumatique, ce qu'admet le Dr G_____. Ce dernier est d'avis que la pathologie a pu être générée par une entorse initiale. Le Dr F_____ explique qu'une entorse bénigne est un étirement disparaissant habituellement deux mois après l'événement. Une entorse plus grave avec rupture des ligaments doit être décrite lors d'un examen clinique initial, ce qui n'a pas été le cas en l'espèce. Lors de la première IRM de juillet 2019, il n'existait aucune trace d'une entorse. Or, si une entorse non bénigne était survenue, il y aurait encore des marques.

Par ailleurs, le biomécanisme de création d'une entorse interne, soit un valgus forcé - l'axe de la jambe s'éloignant de l'axe médian vers l'extérieur du corps -, ne peut se produire que si on tombe à genoux, soit le contraire du mécanisme d'une chute sur les fesses. Une entorse externe nécessite l'exercice d'une contrainte sur l'extrémité inférieure du genou, absolument incompatible avec la chute décrite par le recourant. En cas de chute sur les fesses, les douleurs du genou sont initialement des douleurs d'origine lombaire projetées via le nerf crural, issu de la colonne lombaire, qui a une zone d'expression douloureuse sur la partie antéro-interne de la jambe et du genou. De plus, la cause possible de douleurs apparues plus tard a été identifiée comme une tendinopathie de la pointe de la rotule extrêmement localisée. Une tendinopathie, même si elle n'est pas en lien avec l'accident, peut générer une dysharmonie dans la marche ou dans la rotation du genou, qui peut à son tour entraîner des dysfonctionnements. L'apparition éventuelle d'une plica s'intègre dans cette cohorte qui, en aucun cas, ne peut être en lien de causalité avec l'événement.

Tel est également le cas des autres éléments cartilagineux et méniscaux, non apparents sur les IRM. En effet, sur le plan cartilagineux il n'y a pas eu de traumatisme direct et, sur le plan méniscal, l'atteinte décrite n'était pas de nature à avoir été provoquée par une chute sur les fesses.

Citant la littérature médicale, le Dr F_____ expose que la dénervation insensibilisante pratiquée par le Dr G_____ peut n'avoir qu'un effet placebo et que l'exercice physique et les anti-inflammatoires sont plus efficaces contre la douleur que l'arthroscopie à court terme.

n. Le recourant a pour sa part persisté dans ses conclusions et requis le versement d'indemnités journalières à 100% du 1er décembre 2019 au 19 janvier 2021, puis à 50% du 20 janvier au 8 février 2021, avec intérêts à 5 % l'an dès le 1er juillet 2020 (terme moyen).

Il soutient avoir été victime d'une entorse du genou, avoir souffert de douleurs attestées médicalement et qui ont disparu après l'intervention du Dr G_____.

o. Le 11 octobre 2021, le recourant a encore contesté la recevabilité de la dernière appréciation du Dr F_____, établie sans motifs après son audition et contenant des spéculations non étayées. L'absence de lésions à l'IRM ne résiste pas à la photo-documentation arthroscopique.

p. Dans ses déterminations du 27 octobre 2021, l'intimée a défendu la légitimité de la dernière appréciation du Dr F_____ au vu du témoignage du Dr G_____.

EN DROIT

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

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

2. La modification de la LPGA du 21 juin 2019, entrée en vigueur le 1er janvier 2021, n'est pas applicable au recours déjà pendant à cette date (art. 82a LPGA).

3. Le recours, déposé dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable.

S'agissant de la recevabilité de certains documents médicaux, établis dans le cadre de la présente procédure, on soulignera que le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et que les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_217/2019 du 5 août 2019 consid. 3).

En l'espèce, tant les certificats du Dr G_____ que les appréciations du Dr F_____ portent sur les atteintes subies lors de l'accident de novembre 2018 et sur la stabilisation de l'état de santé du recourant au 1er décembre 2019. Il ne s'agit ainsi pas de pièces relatives à des faits qui se seraient entièrement déroulés après la décision dont est recours, de sorte qu'il n'y a pas lieu de les écarter de la procédure. La dernière appréciation du Dr F_____, qui se prononce sur l'entorse évoquée par le Dr G_____ lors de son audition, s'inscrit en outre dans le cadre du droit à la réplique garanti par le droit d'être entendu, ancré à l'art. 29 de la Constitution (Cst. – RS 101). Ce droit, compris comme l'un des aspects de la notion générale de procès équitable, confère à une partie le droit de prendre

connaissance de toute argumentation présentée au tribunal et de se déterminer à son propos (arrêt du Tribunal fédéral 8C_104/2012 du 26 juin 2012 consid. 3.1).

4. Le litige porte sur le droit du recourant au versement d'indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au-delà du 30 novembre 2019.

5.

5.1 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. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé 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.

5.2 Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par la suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

6. À teneur de l'art. 19 al. 1 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. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré ». Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1*a* et 4 LAA), ce critère se détermine notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). En matière de physiothérapie, le Tribunal fédéral a récemment précisé que le bénéfice que peut amener la physiothérapie ne fait pas obstacle à la clôture du cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_39/2018 du 11 juillet 2018 et les références). Il faut encore préciser que la stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n° U 557 p. 389 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_849/2011 du 29 mai 2012 consid. 3.2).

7.

7.1 La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). Un rapport de causalité naturelle doit être admis si le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré (arrêt du Tribunal fédéral 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.2).

7.2 Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration, ou le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2). En revanche, le *statu quo ante* ne peut être exclu sans autre motivation uniquement en raison du fait que la personne assurée ne subissait aucune limitation ni douleur avant l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_861/2018 du 14 juin 2019 consid. 5.2.1). En effet, 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 (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* ») (arrêt du Tribunal fédéral 8C_548/2018 du 7 novembre 2018 consid. 4 et les références).

8.

8.1 Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 8C_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

8.2 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 convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

8.3 Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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).

8.4 S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

9. Il n'existe pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré, et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a et arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2015 du 19 janvier 2016 consid. 5.3). Afin d'assurer une égalité de traitement entre les assurés et compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs que le droit à des prestations de l'assurance sociale suppose que l'allégation de douleurs soit corrélée à des observations médicales concluantes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 4.4).

10. En l'espèce, l'intimée a mis un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières au 1er décembre 2019. Le recourant affirme que son état de santé n'était pas stabilisé à cette date, invoquant essentiellement les douleurs de son genou. Il ne conteste en revanche pas que les séquelles au dos de son accident avaient disparu à cette date.

10.1 En ce qui concerne l'état de santé du recourant, les médecins de la CRR et les Drs C_____ et F_____ ont établi des rapports pour l'essentiel formellement conformes aux réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus. Ces avis ont en effet été rédigés sur la base du dossier médical du recourant, les plaintes du recourant et les observations cliniques. Leurs conclusions sont claires et motivées. Le fait que le Dr F_____ n'ait pas procédé à un examen du recourant n'ôte pas toute valeur probante à son avis, conformément à la jurisprudence citée.

On doit cependant noter que la contusion du genou gauche retenue par le Dr C_____, puis par les médecins de la CRR, n'a jamais été signalée dans la déclaration d'accident, ni par les médecins ayant prodigué les premiers soins. Une contusion est définie comme une lésion produite par un coup, un choc ou une compression sans plaie des téguments selon la définition du dictionnaire Larousse en ligne (https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contusion/18949). Or, le recourant n'a jamais déclaré qu'il aurait subi un choc, une contusion ou même une compression au genou lors de son accident, tant dans la déclaration que son employeur a relayée à l'intimée que dans ses explications complémentaires du 21 décembre 2018. Partant, on comprend mal sur quoi repose ce diagnostic.

La survenance d'une contusion peut cependant rester ouverte, dès lors que la prise en charge des troubles du genou n'incombe pas à l'intimée au-delà du 30 novembre 2019, pour les motifs suivants.

10.2 Le Dr G_____ a admis que les documents d'imagerie ne révélaient pas de lésion expliquant l'ampleur des douleurs du recourant. C'est du reste à des fins essentiellement diagnostiques qu'il suggérait un bilan athroscopique. Lors de ce bilan, ce médecin a notamment procédé à la résection de la plica. Or, cette plica n'était pas visible lors de la première IRM de juillet 2019. Le Dr G_____ ne le conteste pas, mais soutient qu'elle n'a pu se former *a posteriori*. Ce point est cependant sans pertinence, dès lors que ce chirurgien a confirmé que l'origine de

la plica n'était pas traumatique et qu'elle ne pouvait pas non plus avoir été décompensée par l'accident de novembre 2018. En d'autres termes, même si les douleurs du recourant devaient être imputées à cette plica – ce qui n'est du reste pas clairement démontré – la responsabilité de l'intimée ne pourrait être engagée, à défaut de lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et cette atteinte.

Lors de son audition par la Cour de céans, le Dr G_____ a pour la première fois évoqué une entorse lors de l'accident. On notera cependant qu'aucun de ses précédents rapports ne mentionnait un tel diagnostic et qu'il a en particulier exclu toute lésion traumatique à la lecture des documents d'imagerie. De plus, aucun symptôme d'une telle atteinte n'a été relevé par les médecins ayant traité le recourant dans les suites immédiates de son accident. On rappellera en effet que quatre jours après cet accident, aucune instabilité ligamentaire n'était notée par les médecins des HUG et qu'aucune anomalie sur ce plan n'a été révélée par les images radiologiques. Le médecin de la Clinique de Carouge a uniquement constaté des difficultés de mobilisation du membre intérieur gauche, imputables à l'atteinte lombaire. Le Dr B_____, premier chirurgien traitant du recourant, n'a pas non plus diagnostiqué d'entorse mais une contusion du bassin et des lombes dans ses premiers rapports. Le Dr F_____ a en outre donné des explications claires sur les entorses, étayées par des références scientifiques et des exemples d'imagerie, que n'infirme aucun élément médical au dossier.

S'agissant en particulier du mécanisme propre à entraîner une telle lésion, la Cour de céans constate qu'il ne correspond pas à la chute sur les fesses décrite par le recourant, en l'absence de tout faux mouvement mentionné. Le Dr F_____ a également exposé de façon convaincante que les douleurs du genou pouvaient dans un premier temps être secondaires aux douleurs lombaires projetées. Une entorse ne paraît ainsi pas être la seule explication à des douleurs du genou après une chute sur les fesses.

Qui plus est, on distingue mal l'incidence d'une éventuelle entorse sur les douleurs du recourant au moment où il a consulté le Dr G_____, puisqu'elle n'apparaissait plus alors à l'IRM et que l'arthroscopie n'a pas porté sur la réparation des ligaments, alors que ce sont ces structures qui sont affectées par une telle lésion selon les explications du Dr F_____.

S'agissant des fissurations du ménisque et du cartilage détectées lors du bilan arthroscopique, le Dr G_____ a souligné que leur origine traumatique ne pouvait être déterminée. De plus, le Dr F_____ a considéré que les fissurations n'étaient pas de nature à entraîner des douleurs. Il n'a pas été contredit sur ce point par le Dr G_____, qui s'est dit « sur la même longueur d'onde ». Partant, on ne saurait pas retenir de lien de causalité naturelle entre l'accident – et en particulier une éventuelle entorse survenue lors de cet événement – et ces lésions, dont il n'est au demeurant pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'elles soient propres à entraîner les troubles du recourant.

Enfin, le Dr G_____ retient un rapport de cause à effet entre l'accident et les douleurs du recourant – qui sont en toute hypothèse insuffisamment objectivées par des substrats organiques – notamment en raison du fait que le recourant n'aurait pas connu de problèmes au genou avant l'accident. Or, il s'agit là d'un raisonnement *post hoc, ergo propter hoc*, insuffisant à établir un lien de causalité entre l'événement accidentel et une atteinte, comme le souligne à juste titre l'intimée. Quant à un des autres motifs qui conduit le Dr G_____ à admettre l'existence d'un tel lien, soit l'apparition de douleurs au genou immédiatement après l'accident, il ne résiste pas à l'examen. En effet, le recourant ne s'est jamais plaint de gonalgies dans les premiers mois qui ont suivi l'accident. Il a uniquement signalé des difficultés à étendre la jambe et des fourmillements. Le Dr H_____ a également décrit des douleurs du genou qui n'étaient apparues que dans un second temps. Il est possible que le recourant ait déclaré au Dr G_____ – dont il n'est pas établi qu'il aurait eu accès à l'entier du dossier constitué par l'intimée – que l'apparition de ses gonalgies était concomitante à l'accident de novembre 2018. Cependant, selon le principe de la déclaration de la première heure développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_663/2009 du 1er février 2010 consid. 3.2).

10.3 Par surabondance, même s'il fallait admettre un lien de causalité entre l'accident et les lésions constatées lors du bilan arthroscopique, cela ne suffirait pas à conclure à un état de santé non stabilisé au 1er décembre 2019. En effet, le Dr G_____ a admis que l'arthroscopie programmée n'était pas une indication absolue, ce qui tend à démontrer qu'il n'en attendait pas de résultats significatifs. Or, comme cela ressort des principes exposés, c'est uniquement lorsque le traitement envisagé permet d'espérer une amélioration notable de l'état de santé d'un assuré que la stabilisation n'est pas acquise. Le fait que l'intervention pratiquée se soit en définitive révélée bénéfique – à tout le moins à court terme – ne peut en principe être pris en considération, les progrès qu'une option thérapeutique permet d'escompter ne pouvant être déterminés de manière rétrospective, conformément aux principes développés par la jurisprudence.

10.4 Compte tenu de ces éléments, l'avis du Dr G_____ et l'arthroscopie pratiquée ne suffisent pas à mettre en doute sur les conclusions médicales fondant la position de l'intimée, selon lesquelles l'état de santé du recourant était stabilisé dès le 1er décembre 2019.

Dans ces circonstances, il est inutile d'ordonner une expertise orthopédique, par appréciation anticipée des preuves, (arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2020 du

10 juin 2020 consid. 3.2) et la production de la photo-documentation établie lors de l'arthroscopie s'avère elle aussi superflue.

La décision de l'intimée doit être confirmée.

11. Mal fondé, le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2020).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière	La présidente
Marie-Catherine SECHAUD	Karine STECK

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