RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2112/2019 **ATAS/1217/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 novembre 2021

10ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS	recourant

contre

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

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Michael RUDERMANN et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1994, ressortissant kosovar, est administrativement entré en Suisse (selon la base de données de l'office cantonal de la population et des migrations [ci-après : l'OCPM ou CALVIN]) le _____ 2016, jour de son mariage avec une ressortissante d'origine serbe naturalisée suisse en 2011. Il a à ce titre obtenu un permis B (regroupement familial avec autorisation de travail).

2. Engagé le 12 septembre 2016 pour une durée limitée au 11 octobre 2016, en qualité d'aide-poseur par la société B_____ Sàrl (ci-après : l'employeur), il était assuré à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès de la SUVA (ci-après : la CNA, l'assurance-accidents ou l'intimée).

3. Le 16 septembre 2016, à 15h30, il a fait une chute, en descendant d'un pont roulant, alors qu'il se trouvait au travail : ayant manqué une marche, il en a dévalé trois autres, percutant chaque fois son genou droit. À la réception sur la dernière, il s'est coincé le genou entre deux marches. Il s'était rendu à la permanence de la Servette, d'où il avait été transféré aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'examen clinique se révélant impossible en raison des douleurs : le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne dans cette permanence, avait néanmoins constaté une tuméfaction diffuse du genou droit, remarquant qu'il n'y avait pas de fracture visualisée, mais précisant que le bilan radiologique était incomplet.

4. Une IRM du 20 septembre 2016 a montré une déchirure partielle du muscle vaste interne de grade I sans image de collection liquidienne décelée, associée à un important œdème des tissus mous au niveau antéro-interne du genou « à corréler avec la clinique et les antécédents »; minime contusion osseuse sur le versant latéral de la trochlée fémorale; clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque interne (lésion de grade II).

5. Dès le 27 octobre 2016, l'assuré a été pris en charge par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.

6. La CNA a pris l'accident en charge.

7. Le 4 janvier 2017, le Dr D_____ a établi un rapport intermédiaire à l'intention de la CNA, répondant aux questions posées par l'assurance-accidents. Diagnostic : arrachement du vaste intérieur droit; atrophie musculaire importante. L'évolution était peu favorable, mais l'assuré avait néanmoins amélioré sa fonction. Le pronostic était bon à très long terme. Aucune circonstance particulière n'avait influencé l'évolution du traitement, celui-ci consistant à l'époque en une ablation de l'allèle, mobilisation, musculation, etc. La fréquence des consultations était d'une fois par mois; la durée du traitement n'était pas évaluée (« selon évolution »); l'incapacité de travail était totale dès le 16 septembre 2016, pour une durée indéterminée. Selon ce médecin, il fallait s'attendre à la persistance d'un problème :

douleurs et imposture fonctionnelle. Le chirurgien remarquait enfin que l'assuré se fatiguait avec les cannes. Il proposait une hospitalisation à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) de Sion.

8. Entendu dans les locaux de la CNA Genève le 19 janvier 2017, en présence de son épouse fonctionnant comme traductrice, l'assuré a déclaré qu'il n'avait jamais souffert du genou droit avant l'évènement du 16 septembre 2016, et qu'il n'avait pas subi d'autres accidents ayant porté à conséquence. Il ne souffrait d'aucune maladie. Il pratiquait le fitness. Sur le plan professionnel, il n'avait pas de formation, se trouvait en Suisse depuis 2013 et avait été engagé par l'employeur le 12 septembre 2016 pour une durée déterminée, soit jusqu'à fin octobre 2016. Son travail consistait en de nombreuses manutentions, travail au sol et en hauteur. L'évolution avait été marquée par de fortes douleurs au genou, très gonflé. Comme la prise en charge aux HUG n'avait pas été bonne, selon lui, il avait consulté le Dr D_____ au Centre Médical du Carteret. Il avait marché à l'aide de cannes anglaises avec interdiction de charger sa jambe pendant environ deux mois et demi. Actuellement, il se déplaçait toujours à l'aide des deux cannes, devait charger partiellement sa jambe et portait une attelle pour sortir; il avait des douleurs au genou, lorsqu'il chargeait sa jambe; en station assise, celle-ci semblait comme anesthésiée; il ressentait des douleurs nocturnes en fonction des mouvements réalisés, et dormait avec un coussin entre les jambes. Son genou était encore gonflé; la tuméfaction était variable, importante après l'effort; la flexion était très limitée, et l'extension l'était aussi, mais dans une moindre mesure. Ayant perdu de la masse musculaire, il était en rééducation sous forme de physiothérapie, à raison de trois séances par semaine, et prenait de l'ibuprofène 600 mg ainsi que des patchs pour les muscles. Aucun autre examen n'avait été réalisé depuis l'IRM du 20 septembre 2016; le 17 septembre 2016, il avait subi des radiographies de la colonne lombaire, car il avait une insensibilité de la jambe jusqu'aux orteils, et de fortes douleurs au bassin. Les douleurs au bassin s'étaient entre-temps résorbées. Il était toujours en arrêt de travail à 100 %. Son médecin n'avait pas émis de pronostic négatif quant à la reprise de son activité professionnelle, pour l'instant. Il ne faisait pas grand-chose de ses journées : il se promenait un peu et regardait la télévision. Marié, sans charge de famille, il n'avait pas d'assurance-maladie frais médicaux et ne savait pas le nom de l'assurance perte de gain maladie (*ndr: Allianz Suisse Société d'assurances SA*).

9. La CNA a soumis le cas au docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, qui a examiné l'assuré le 3 février 2017. Selon son rapport, la marche s'effectuait difficilement, avec une boiterie évidente et l'utilisation de deux cannes. Le genou restait raide en extension lors du déroulement du pas du membre inférieur droit (MID). En position couchée, à gauche l'examen était parfait, alors qu'à droite il y avait une nette augmentation du diamètre de ce genou, d'environ 2 cm de plus, avec une impression clinique d'hygroma (bursite) prépatellaire; discret épanchement intra-articulaire du genou D; ligament croisé antérieur sain; pas d'instabilité latéro-médiale, mais douleurs assez importantes à la

palpation; pas de signe méniscal. Le reste de l'examen était sans particularité. Diagnostics retenus : status après traumatisme du genou D; suspicion d'hygroma du genou. Appréciation : dans les suites de l'événement traumatique de septembre 2016, une gêne fonctionnelle du genou D persistait. Subjectivement, l'assuré ressentait des difficultés pour les gestes de la vie quotidienne, en raison des douleurs du genou. Objectivement, le Dr E_____ constatait une nette augmentation de la circonférence du genou D avec discret épanchement intra-articulaire et impression d'hygroma prépatellaire. Il proposait un bilan par test à visée rhumatologique : échographie du genou D, IRM de contrôle et bilan sanguin. À réévaluer après l'obtention de l'ensemble des résultats.

10. Le docteur F_____, spécialiste FMH en radiologie, a procédé au bilan prescrit par le médecin d'arrondissement :

    - rapport d'échographie du genou droit du 6 février 2017 : très importante plage inflammatoire hyperéchogène, probablement associée à une infiltration hémorragique touchant les tissus mous sous-cutanés pré-patellaires, débordant sur la face interne et externe du genou; très évidente hyperhémie locale au Doppler couleur, néanmoins sans signe de collection liquidienne ponctionnable; les tendons de l'appareil extenseur ainsi que la rotule ne montraient pas de signe de lésion post-traumatique; pas de signe d'épanchement significatif interne; ligaments collatéraux continus; pas de kyste au niveau du creux poplité;

    - rapport d'IRM du genou droit du 8 février 2017 : les ménisques ne montraient pas d'altération significative; pas de déchirure stade 3; pas de kyste para-méniscaux; pas d'altération post-traumatique des ligaments croisés et collatéraux; cartilages articulaires et os sous-chondral sans anomalie; pas d'ostéomyélite ou de fissuration cartilagineuse; pas de signes d'altération des ligaments alaires de la rotule; absence d'épanchement intra-articulaire ou de kyste au niveau du creux poplité; importante plage inflammatoire retrouvée dans les tissus sous-cutanés à la face antérieure du genou, associée à une minime lame liquidienne interne (environ 1.5 à 2 mm d'épaisseur maximale) bien visible après injection intraveineuse; à l'IRM du jour, la partie inférieure du muscle quadricipital montrait un aspect habituel; tendons de l'appareil extenseur normaux sans signe d'anomalie post-traumatique; tendons postérieurs normaux.

11. Par courrier du 16 mars 2017, la CNA Genève a indiqué à l'assuré qu'au vu de l'évolution de son dossier et de l'incapacité de travail en cours, elle devait réexaminer son obligation de prestations. Elle suspendait dès lors ses prestations dès ce jour, et l'informerait sur la suite, dès que les mesures d'instruction nécessaires auraient été appliquées.

12. Le 29 mars 2017, le Dr D_____ a adressé un rapport à la CNA Genève. Dès sa prise en charge du patient (27 octobre 2016), il avait été frappé par une impotence fonctionnelle sérieuse et une douleur intolérable du genou droit; atrophie musculaire de la cuisse très importante. Avant sa prise en charge, le patient avait été

immobilisé pendant cinq semaines, sans physiothérapie. Il marchait avec deux cannes et une attelle. Il l'avait traité conservativement avec des AINS et de la physio. Pendant longtemps, il avait présenté un défaut d'extension actif du genou. Il avait revu l'assuré le 27 mars 2017 : la déchirure du vaste interne restait toujours sensible, mais l'évolution devenait favorable avec une re-musculation acceptable; il résultait une petite bursite résiduelle du genou « gauche ». La mobilité était complète; la stabilité aussi. Il encourageait le patient à quitter une canne, et à garder l'autre pour huit jours; il le reverrait trois semaines plus tard. Il restait à tenter la marche sans cannes, puis la reprise du travail (sans pouvoir fixer de date). Les lésions étaient toutes dues à l'accident du 16 septembre 2016. Aucun élément supplémentaire ou maladif n'entrait en ligne de compte.

13. Le 3 avril 2017, le médecin d'arrondissement a réexaminé le dossier : compte tenu de l'évolution et des rapports d'IRM et US (ultrasons), une reprise du travail était autorisée à 100 % dès le 1er mai 2017. La CNA était invitée à communiquer les résultats du bilan d'imagerie et sanguin au chirurgien traitant.

14. Par décision du 5 avril 2017, la CNA a indiqué à l'assuré qu'elle mettait fin au versement des indemnités journalières, au vu de l'avis du médecin d'arrondissement : sa capacité de travail (ci-après : CT) était pleine dès le 1er mai 2017.

15. Le 21 avril 2017, la CNA a consigné l'opposition de l'assuré contre la décision susmentionnée dans un procès-verbal d'opposition. Selon l'assuré, sa reprise de travail au 1er mai 2017 n'était pas possible à ce jour, en raison des fortes douleurs encore présentes et du fait qu'il utilisait encore des cannes. Une IRM était prévue le jour même afin de déterminer par la suite si une opération était nécessaire. Il devait rencontrer son chirurgien traitant le 26 avril 2017; ce dernier communiquerait son appréciation à la CNA. Il trouvait étonnant que le médecin-conseil de l'assurance-accidents ait pu se positionner sans l'avoir examiné au préalable. Il enverrait par courriel une photo de son genou, datée du jour même, afin que la CNA puisse constater les dégâts encore visibles sur celui-ci. Il faisait deux séances de physiothérapie par semaine; le thérapeute ne comprenait toujours pas non plus pour quelle raison il avait des douleurs lors des massages; il souhaitait vraiment guérir et pouvoir reprendre son activité professionnelle. Les douleurs et l'inactivité le fatiguaient beaucoup. En conclusion, il sollicitait le réexamen de son dossier pour la poursuite de la prise en charge de son incapacité de travail au-delà du 1er mai 2017.

16. Le 3 mai 2017, le chirurgien traitant a communiqué à la CNA un certificat médical (contresigné par l'assuré) ainsi que la copie des rapports d'imagerie relatifs aux examens du même jour, 21 avril 2017, par l'Institut d'Imagerie Médicale (docteur G_____, radiologue FMH) : radiographie du genou droit face et profil et axial rotule à 30° et IRM du genou droit; la radiographie concluait à une tuméfaction importante des tissus mous prérotuliens « (bursite pré rotulienne ?) » et l'IRM à une bursite prérotulienne importante, le reste de l'examen étant sans particularité. Selon le chirurgien traitant, vu l'état actuel et l'importance de la

bursite, seul un traitement chirurgical, dont le timing restait à définir, pouvait améliorer l'état du patient et la CT.

17. Le 5 mai 2017, le Dr E_____ a procédé à l'examen de l'assuré, pour réévaluer la CT, compte tenu de son opposition à la dernière décision de la CNA : l'examen du genou permettait de confirmer la présence d'une tuméfaction prérotulienne douloureuse à la palpation avec une limitation de la mobilité en flexion forcée. L'assuré évoquait des douleurs importantes et une gêne fonctionnelle. Compte tenu de l'état actuel du genou D, la CT devait effectivement être considérée comme nulle devant la douleur importante et la persistance de la tuméfaction. Il retenait le diagnostic de bursite prérotulienne du genou D.

    Un rendez-vous était fixé pour le jour même avec le responsable du service d'urgence de la chirurgie orthopédique des HUG afin de programmer dans les meilleurs délais la prise en charge chirurgicale de l'assuré. Le médecin d'arrondissement ne comprenait pas l'attitude du chirurgien traitant qui, dans un certificat médical du 3 mai 2017, évoquait l'importance d'un traitement chirurgical, mais qui, malgré cette conviction, n'avait effectué aucune démarche pour la prise en charge adaptée de son patient; il se limitait à lui donner un rendez-vous à quelques semaines. Le Dr E_____ ne pouvait que regretter l'absence de réactivité et la passivité de ce confrère, attitude incompréhensible qui n'était pas dans l'intérêt du patient. Il adressait copie de ce rapport au chirurgien traitant, avec l'accord de l'assuré, ainsi qu'un courrier au chirurgien des HUG pour suite médicale de l'assuré (intervention chirurgicale).

18. L'assuré a été examiné le jour même aux HUG (service de médecine de premier recours) par les docteurs H_____, médecin chef de clinique et I_____, médecin interne : ils ont confirmé le diagnostic de bursite chronique prépatellaire du genou D, avec échec de traitement conservateur par physiothérapie et AINS, et posé l'indication pour une bursectomie. Le patient serait convoqué en orthopédie pour cette intervention.

19. Par courrier du 8 mai 2017 au Dr E_____, le Dr D_____ s'est référé au bref appel téléphonique de ce médecin du 5 mai 2017. Il lui en confirmait les termes. Il précisait que le patient devait subir une bursectomie du genou blessé; il attendait la décision sur opposition avant de procéder à cette intervention, d'autant plus que l'indication à ce geste n'était pas retenue par la CNA et que la décision entreprise allait dans un sens opposé. La rééducation serait longue car il persistait toujours une amyotrophie musculaire. Bien entendu, ce traitement resterait à charge de la CNA comme suite du traumatisme initial.

20. Par un bref courrier du 15 mai 2017, le Dr D_____ s'est adressé au Dr E_____. Il accusait réception de la copie du rapport d'examen du 5 mai 2017 : il l'informait d'ores et déjà qu'il n'était pas du tout d'accord avec son contenu y compris ses observations à son égard. Il prendrait le temps de lui répondre formellement.

21. Le 9 mai 2017, l'assuré a bénéficié d'une consultation spécialisée au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG (docteur J_____, chef de clinique) (rapport de consultation du 29 mai 2017) : le spécialiste confirmait que l'assuré souffrait d'une bursite chronique, datant d'environ six mois, mais il pensait qu'elle était associée à un syndrome de type CRPS (*ndr. : la définition et les détails caractéristiques de cette atteinte seront développés dans les considérants*). L'examinateur considérait que réaliser actuellement une chirurgie sur un genou probablement atteint d'un CRPS serait extrêmement délétère, raison pour laquelle il adressait le patient au Centre de physiothérapie - des HUG - pour un bilan CRPS. Pour l'heure, il était très difficile au patient de travailler. De plus, il ressentait un sentiment d'abandon car il était persuadé qu'une chirurgie pourrait tout arranger.

22. Par courrier recommandé du 12 juin 2017, le Dr D_____ s'est à nouveau adressé au Dr E_____ : il revenait à l'appel téléphonique « d'environ 30 secondes » du 12 (recte : 5) mai 2017 ainsi qu'au courrier qui avait suivi (copie du rapport d'examen du même jour), qu'il qualifiait de faux et diffamatoire à son égard. En substance, il reprochait au médecin d'arrondissement la manière dont il l'avait traité, lui, au téléphone, et son patient ainsi que son épouse, lorsqu'il les avait reçus. En résumé, l'insistance du médecin d'arrondissement pour que l'assuré se fasse opérer le plus rapidement possible avait déstabilisé le patient, car en réalité, si l'indication opératoire pouvait être posée, le chirurgien traitant considérait qu'elle n'était pas réalisable à ce stade, dans l'état actuel du genou (atrophie et menace de trouble trophique voire d'algodystrophie), ce qui entre-temps avait été confirmé par les chirurgiens des HUG (voir ci-dessus). Il rappelait au passage qu'il avait préconisé un séjour du patient à la CRR, proposition qui n'avait pas été retenue par la CNA.

23. Par courrier du 6 juillet 2017, la CNA a indiqué à l'assuré que, suite à son opposition du 21 avril 2017 et à la nouvelle évaluation de son médecin d'arrondissement, la décision du 5 avril 2017 était annulée, la CNA reprenant le versement des prestations légales dès le 1er mai 2017.

24. L'instruction médicale s'est poursuivie : une fois écarté le diagnostic de CRPS dans le cadre d'une consultation au service de rhumatologie des HUG, les examens ayant également écarté l'éventualité d'un rhumatisme inflammatoire, l'assuré a pu bénéficier d'une bursectomie prépatellaire le 17 avril 2018.

25. En juillet 2018, le Dr D_____ indiquait néanmoins que l'évolution était très mauvaise, l'atrophie musculaire n'était pas corrigée; son patient ne pouvait toujours pas quitter les cannes. Le pronostic était très réservé. La reprise du travail n'était toujours pas possible.

26. Le 30 juillet 2018, le service de médecine des assurances de la CNA (docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie), a répondu aux questions du gestionnaire du dossier : en substance, il considérait que la poursuite de l'incapacité totale de travail était probablement toujours

médicalement justifiée; au vu de la très longue évolution du cas, il proposait un séjour à la CRR, si l'assuré et son chirurgien traitant étaient d'accord. Quant au pronostic, il indiquait qu'à terme, on pouvait s'attendre à une reprise dans l'ancienne activité.

27. L'assuré a bénéficié d'un séjour au service de réadaptation de l'appareil locomoteur de la CRR du 3 au 19 octobre 2018, pour des thérapies physiques et fonctionnelles en raison des douleurs du genou droit, avec évaluation multidisciplinaire. Selon le rapport de séjour du 8 novembre 2018, sur le plan orthopédique, le diagnostic (nouveau) de lombalgies sans irradiation ni trouble neurologique a été posé en fin de séjour. L'examen clinique retrouvait une douleur à la palpation des muscles paravertébraux gauches en regard de L4-L5 sans atteinte neurologique; le bilan radiologique était rassurant; un traitement symptomatique avait été mis en place. Le patient avait été évalué par un psychiatre qui ne retenait pas de diagnostic psychiatrique. Ce spécialiste constatait une attitude démonstrative et un discours flou. Les plaintes et limitations fonctionnelles (ci-après : LF) ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels jouaient un rôle important dans les plaintes et les LF rapportées par le patient et influençaient défavorablement le retour au travail : cotation élevée de la douleur, patient restant centré sur celle-ci, kinésiophobie, catastrophisme élevé, sous-estimation majeure de ses capacités fonctionnelles, longues périodes sans travailler. Entraient aussi en ligne de compte sur le plan professionnel : la mauvaise maîtrise du français, l'absence de formation et l'absence de contrat de travail. Des incohérences avaient été relevées : discordance entre l'importance des douleurs et du handicap perçu et les lésions organiques objectivables; discordance entre le comportement pendant l'examen analytique et en dehors (marche avec charge complète du MID lorsqu'il ouvrait les portes), flexion à 15° environ en position couchée alors qu'il marchait avec le genou en extension, tannage plantaire symétrique; absence de signes d'utilisation des cannes dans les paumes des mains, alors que le patient décrivait une décharge complète du MID depuis plusieurs mois. Les LF provisoires suivantes avaient été retenues : pas de position à genou ou accroupie. La situation était sur le point d'être stabilisée du point de vue médical. Au cours du séjour, le patient avait été vu par le consultant spécialisé en chirurgie orthopédique qui avait constaté que l'examen clinique et l'imagerie du genou droit étaient rassurants, sans lésion significative. Il n'y avait aucune indication à une chirurgie. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité était défavorable (facteurs médicaux retenus après l'accident et facteurs non médicaux). Le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les LF énoncées était défavorable : le patient n'était pas du tout engagé dans un processus de retour au travail.

28. Par courrier du 9 janvier 2019, la CNA a fait part à l'assuré de ce qu'au vu de la situation et du cours de la guérison, elle avait réexaminé la question de l'obligation de lui verser les prestations légales. Selon l'appréciation du médecin

d'arrondissement, les troubles subsistant aujourd'hui n'étaient plus dus à l'accident. Elle devait clore le cas au 18 janvier 2019 au soir, en ce qui concerne les suites de l'accident, réfuter tout droit à d'autres prestations d'assurance et mettre fin au versement des prestations d'assurance perçues jusqu'ici (indemnités journalières et frais de traitement). La prise en charge de l'incapacité de travail et celle du traitement médical ne relevaient plus de l'assurance-accidents mais de l'assurance-maladie. Sur demande seulement, la CNA était disposée à rendre une décision avec voie d'opposition.

29. Par courriel du 17 janvier 2019, complété par un courrier du 18 janvier 2019, l'assuré a manifesté sa volonté de faire opposition à la suspension des prestations : il n'avait aucun état antérieur à l'accident et il était impossible d'arguer un retour à l'état antérieur. Le diagnostic était clairement traumatique, avec une déchirure de la partie interne du tendon quadricipital droit, avec complication d'une bursite. Celle-ci avait été opérée mais avait récidivé. Il devait continuer son traitement et ne pouvait quitter ses cannes. L'amélioration était lente, mais progressait. Il s'agissait d'une suite de traitement tardive, mais directement en lien avec l'accident que la CNA avait pris en charge. Il invitait dès lors l'assureur-accidents à continuer à le prendre en charge. Au besoin, il laissait le soin à la CNA d'organiser une expertise par un chirurgien orthopédiste FMH.

30. Par courrier du 21 janvier 2019, la CNA a notifié une décision formelle à l'assuré, reprenant les termes de son courrier du 9 janvier.

31. Par courrier du 29 janvier 2019, l'assuré a formé opposition à cette décision, pour les motifs déjà évoqués dans son courrier du 18 janvier 2019.

32. Dans un courrier du 19 février 2019, le Dr D_____, se référant à la décision du 21 janvier 2019, a relevé que son patient ne présentait aucun état pathologique préexistant et que le statu quo ante ou sine n'était nullement acquis. Le patient avait un genou parfaitement normal avant l'accident. Cet évènement lui avait causé beaucoup de complications et des perturbations dans sa vie privée et professionnelle; il n'était de loin pas guéri. Il avait fait son possible pour améliorer la situation de ce patient, ce qui était peut-être en train de se réaliser : ce dernier quittait ses cannes pendant la semaine en cours et avait des projets de réinsertion professionnelle. De surcroît, l'atteinte à l'intégrité, liée strictement et uniquement à l'accident, devait encore être établie.

33. L'assuré a été examiné par le médecin d'arrondissement le 25 février 2019. L'objectif était de faire un bilan après son opposition à la décision de la CNA. Le Dr E_____ a conclu que la thérapie proposée pour les suites de l'accident annoncé en 2016 avait été adaptée à la situation clinique. Une attente avant de procéder à la chirurgie définitive avait été proposée par les médecins des HUG et acceptée par les médecins de la CNA en raison de doutes sur un SRDC à cette époque. Une évaluation à la CRR, à fin 2018, avait mis en évidence une pathologie non traumatique qui pouvait justifier son incapacité de travail, mais l'assuré devrait

s'annoncer à son assureur-maladie pour la prise en charge de la lombalgie. Aucune séquelle objective, en dehors de la cicatrice observable à l'IRM et sur la peau du genou, n'était constatée. Le séjour à la CRR permettait clairement de le confirmer.

34. a. Entre-temps, l'assuré, sur conseil de la CNA, avait déposé, le 29 octobre 2018, une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI). Le 28 février 2019, l'OAI a confirmé à l'assuré qu'il le mettait au bénéfice de mesures d'intervention précoce sous la forme d'une évaluation/orientation aux métiers de l'horlogerie et industrie, pour une durée de trois jours (art. 7d de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 [LAI - 831.20]).

    b. Par courrier du 8 avril 2019, l'OAI a indiqué à l'assuré qu'en l'état, en raison de son état de santé actuel et selon ses investigations, aucune mesure de réadaptation n'était possible.

35. a. Par décision du 15 avril 2019, la CNA Lucerne a rendu sa décision sur opposition : l'opposition était partiellement admise. En substance, à la lecture du dossier, force était d'admettre que l'assuré ne présentait pas d'état antérieur au niveau de son genou droit. C'était partant à tort que la CNA Genève avait mis fin aux prestations pour *statu quo sine*. Toutefois, selon les éléments au dossier, l'assuré ne souffrait pas de séquelles accidentelles justifiant de prolonger l'incapacité de travail. Le médecin d'arrondissement, après avoir personnellement réexaminé l'assuré le 25 février 2019, avait déclaré ce dernier apte au travail, en plein au 19 janvier 2019, pour les suites de l'accident. Il n'y avait pas de séquelles objectives à caractère durable pour le genou, et la bursectomie ne pouvait pas être considérée comme la responsable de la symptomatologie actuelle. L'évaluation radiologique confirmait une bonne évolution. L'IRM du 28 septembre 2018 montrait un aspect épais et infiltré de la graisse sous-cutanée en prépatellaire, en nette diminution par rapport au comparatif, sans image de collection décelée. L'aspect épaissi faisait partie de l'évolution cicatricielle post-chirurgicale. Les anomalies mises en évidence sur l'IRM du 20 septembre 2016 n'y figuraient plus, ce qui confirmait la guérison définitive de celle-ci. L'amyotrophie constatée lors des examens d'entrée et de sortie de la CRR était classique dans les suites prolongées des incapacités de travail. Elle était probablement, comme signalé à juste titre par le chirurgien traitant, en rapport avec la kinésiophobie de l'assuré. L'amyotrophie était temporaire et ne reflétait pas forcément les capacités fonctionnelles physiques réalisées. Elle n'était pas censée empêcher la CT mais pouvait justifier une prise en charge de physiothérapie adaptée pendant les mois qui suivraient la reprise du travail, afin de la faciliter. En l'absence de lésions durables, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était due. La CNA acceptait, par gain de paix, de prendre en charge l'incapacité de travail jusqu'à la date du dernier examen pratiqué par le médecin d'arrondissement (*ndr.* : *25 février 2019*), en sus de deux séries de neuf séances de physiothérapie suggérées par ce dernier. Enfin, l'effet suspensif était retiré en cas d'éventuel recours.

b. Copie de cette décision a été adressée à l'assurance-maladie de l'assuré (Concordia), qui n'y a pas formé opposition.

36. Le 2 mai 2019, l'OAI a communiqué à la CNA copie de son projet de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Le statut d'assuré retenu dans sa situation était celui d'une personne se consacrant à 80 % à son activité professionnelle et, pour les 20 % restants, à l'accomplissement de ses travaux habituels dans le ménage. À l'issue de l'instruction médicale, le service médical de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) reconnaissait une incapacité de travail de 100 % dans son activité habituelle depuis le 16 septembre 2016 (début du délai d'attente d'un an). Dans une activité adaptée à son état de santé, le SMR était d'avis que la CT était entière dès le 26 février 2019. La demande de prestations ayant été déposée le 29 octobre 2018, d'éventuelles prestations rétroactives n'entraient pas en ligne de compte étant donné que le droit à une rente, dans le cas d'espèce, n'aurait pas pu naître avant le mois d'avril 2019 (art. 29 al. 1 LAI).

37. Par courrier du 23 mai 2019 (date du timbre postal), adressé à la CNA, libellé sur papier en-tête de son chirurgien traitant, mais signé par lui-même, - transmis à la chambre de céans pour motif de compétence -, l'assuré a interjeté recours contre la décision sur opposition du 15 avril 2019 au motif que sa santé était toujours liée à l'accident, et seulement à l'accident du 16 septembre 2016; il continuait de progresser. Il se référait au courrier (joint) de son chirurgien traitant « résumant parfaitement les circonstances de l'accident, ma situation actuelle et ses conclusions ». En substance, après avoir rappelé les faits, dans leur chronologie, le Dr D_____ exposait que depuis trois semaines, le patient marchait sans cannes. Il avait encore besoin de physiothérapie car il devait encore récupérer une meilleure mobilité, surtout en flexion, récupérer un verrouillage du genou coordonné à la marche, preuve qu'il avait encore besoin de traitements liés à son accident, et à lui seul, et ces soins devaient être assumés par la CNA. Contrairement à ce qu'indiquait la décision entreprise, le rapport de causalité naturelle entre l'événement assuré et « l'atteinte à l'intégrité » (sic !) était rempli : la situation actuelle, physique, psychique et sociale était liée, depuis le 16 septembre 2016, à l'accident et à lui seul. À l'examen clinique, dans la semaine du dépôt du recours, il y avait encore une atteinte à l'intégrité. Et tout provenait uniquement de l'accident et des suites qui étaient, elles, de la responsabilité du patient (sic!) et des soignants ainsi que de l'assurance. Jeune, marié à une femme bien intégrée à Genève, il avait également besoin d'une réadaptation professionnelle, car il ne pourrait pas reprendre son travail d'avant l'accident.

38. L'intimée a répondu au recours par courrier du 2 septembre 2019. Elle concluait à son rejet. Le recourant se prévalait de l'avis de son chirurgien traitant, lequel demandait à la CNA de contribuer à la réadaptation et aux soins du patient. Le traitement médical n'était cependant alloué qu'aussi longtemps que l'on pouvait en attendre une sensible amélioration de la CT en lien avec l'événement accidentel (art. 19 LAA). En tant que le recourant faisait valoir qu'il avait encore besoin de

physiothérapie, il semblait ne pas prendre en considération le fait que l'intimée avait, selon la décision entreprise, accepté de prendre en charge des séances de physiothérapie supplémentaires, afin de faciliter un retour au travail. Quoi qu'il en soit, il n'apparaissait pas que les soins en cause demeuraient en lien de causalité avec l'accident : le médecin d'arrondissement avait indiqué que l'atrophie musculaire évoquée ne correspondait pas à la réponse habituelle prévisible pour tout patient opéré pour une bursectomie du genou. Sur la base des conclusions probantes du Dr E_____, d'un point de vue somatique, la situation médicale était stabilisée. Par ailleurs, le recourant disposait d'une pleine CT, au plus tard le 25 février 2019. Partant, la cessation des prestations d'assurance au 19 janvier 2019, sous réserve de la prise en charge de deux séries de neuf séances de physiothérapie et de l'incapacité de travail jusqu'au 25 février 2019 n'était pas critiquable, le cas échéant par substitution de motifs. Enfin, les propos selon lesquels l'assuré aurait fait l'objet d'une discrimination lors de son séjour à la CRR étaient contestés. Les médecins de cette clinique avaient rappelé que la proposition thérapeutique de diminuer l'usage des cannes était justifiée. Ainsi, l'intimée était-elle fondée à mettre un terme aux prestations d'assurance, soins médicaux et indemnités journalières.

39. Entre-temps, l'OAI a rendu sa décision le 28 juin 2019 : la demande de prestations était rejetée. Reprenant les bases de son projet de décision (voir ci-dessus ad ch. 36), l'OAI a retenu que la comparaison des revenus avec et sans invalidité déterminait une perte de gains négative, partant un taux d'invalidité égal à 0 %. Un reclassement professionnel n'était pas non plus justifié, vu ce taux d'invalidité.

40. L'assuré a recouru contre celle-ci, par courrier recommandé adressé à l'OAI, et transmis pour motif de compétence à la chambre de céans (A/2653/2019). Il a conclu implicitement à l'annulation de la décision entreprise : il souffrait toujours de son traumatisme du genou droit survenu le 16 septembre 2016, était toujours en incapacité totale de travail, considérant en outre qu'ultérieurement, il aurait besoin d'une réinsertion professionnelle. Il visait les pièces essentielles du dossier CNA produites dans la présente procédure (A/2112/2019), et concluait préalablement à la suspension de son recours AI (jusqu'à droit jugé dans la cause LAA).

41. Désormais représenté par un avocat, le recourant a répliqué, dans la présente cause, par courrier du 25 novembre 2019. Il a conclu à l'annulation de la décision attaquée et à la reprise du paiement de toutes les prestations LAA à compter du 26 février 2019. Il a produit plusieurs pièces nouvelles, soit :

    - un rapport de son chirurgien traitant du 22 novembre 2019;
    - un rapport de consultation des HUG du 31 juillet 2019 (Dr J_____, service d'orthopédie);
    - une lettre de consultation des HUG du 4 octobre 2019 (professeur L_____, service de rhumatologie);
    - un extrait de la Revue médicale suisse 2014, article intitulé « le syndrome douloureux régional complexe (algodystrophie) sous toutes ses formes ».

Le contenu de ces rapports nouveaux, et les conclusions qu'en tirait le recourant seront examinés en plus de détails dans les considérants qui vont suivre.

Vu l'existence possible d'une lésion durable, la question des droits du recourant à une IPAI, voire à une rente LAA, devait en l'état rester suspendue; sinon la décision entreprise devait être annulée en tant qu'elle niait le droit du recourant à une IPAI.

42. Par courrier du 10 janvier 2020, le recourant à produit « au titre de faits nouveaux » des pièces médicales supplémentaires (pertinentes selon lui dans les deux procédures, LAA et AI) soit :

- l'attestation du 7 janvier 2020 du département de chirurgie des HUG déclarant le recourant totalement incapable de travailler dans son métier habituel et dans une activité adaptée;
- une nouvelle attestation du chirurgien traitant, du 10 janvier 2020, prenant position sur l'avis du SMR du 16 décembre 2019 : le Dr D_____ considérait en substance que le diagnostic supplémentaire de SRDC à la suite d'une bursite prépatellaire post-traumatique, posé le 4 octobre 2019 par les HUG, constituait un facteur aggravant, notamment par rapport aux possibilités thérapeutiques; le diagnostic de bursite prépatellaire post-traumatique était exact mais incomplet : la bursite était secondaire au diagnostic premier qui était une déchirure documentée de la face antéro-interne du vaste interne, de surcroît non traitée pendant six semaines. Sans cette déchirure, l'évolution eût été toute autre.

43. L'intimée s'est déterminée au sujet des écritures complémentaires du recourant, par courrier du 5 mars 2020. Y était jointe une appréciation médicale du 26 février 2020 de la doctoresse M_____, médecin au centre de compétences de la médecine des assurances de la CNA, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie (*ndr : copie incomplète, produite ultérieurement dans son intégralité*). En relation avec les pièces nouvelles produites par le recourant, la CNA observait notamment que le diagnostic de SRDC, qui avait préalablement été exclu, n'avait été posé qu'en octobre 2019, soit après la décision entreprise, de sorte qu'il ne pouvait pas être pris en considération par l'intimée lors de la décision entreprise. Selon la jurisprudence, le juge appréciant la légalité des décisions attaquées en règle générale d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement ayant modifié cette situation devaient faire l'objet d'une nouvelle décision administrative. Cela étant, la CNA avait soumis ces nouveaux rapports médicaux à la division de médecine des assurances, afin de déterminer si ceux-ci étaient de nature à modifier la position de l'assurance-accidents, et s'il y avait lieu d'attendre de la poursuite d'un traitement médical une amélioration de l'état de santé en rapport avec l'accident.

Selon l'avis de la Dresse M_____, les différents rapports médicaux produits dans le cadre de la réplique n'apportaient aucun argument de nature à modifier la position de la CNA. En substance, l'évolution postopératoire d'une bursectomie, même sur bursite chronique, était de quelques semaines; la charge complète était

autorisée dès le premier jour et la mobilisation du genou également de mise. Après tout au plus trois mois, le plus souvent après un mois déjà, la reprise des activités sportives était possible, de même qu'une activité professionnelle lourde. En l'espèce, il était légitime de considérer que l'assuré était apte à reprendre une activité professionnelle à temps complet à neuf mois de l'opération chirurgicale du 17 avril 2018. Le rapport des HUG du 31 juillet 2019 était difficile à comprendre : son auteur affirmait que l'on ne pouvait poser aucun diagnostic précis hormis une bursite du genou droit post-traumatique; mais l'assuré avait présenté une bursite chronique pour laquelle il avait bénéficié d'une bursectomie 15 mois auparavant. Or, lors de l'examen du médecin d'arrondissement, aucune « néo-bursa » n'avait été mise en évidence; le rapport du 31 juillet 2019 ne faisait état d'aucune sollicitation accrue du genou qui aurait pu engendrer la formation d'une telle affection (néo-bursa). Pour le surplus, ce rapport n'était guère contributif à l'exception du constat qu'il y avait tout de même une amélioration (marche sans cannes et prise d'un seul antalgique, mineur), laissant penser que la symptomatologie douloureuse s'était amendée. L'examen clinique, contrairement aux conclusions du rapport de rhumatologie des HUG du 4 octobre 2019, montrait que les critères de Budapest n'étaient pas présents en nombre suffisant pour retenir l'existence d'un SRDC. La Dresse M_____ soulignait d'ailleurs que lors des précédents examens médicaux (CRR et Dr E_____), les constatations cliniques ne correspondaient pas aux critères de Budapest. De plus, selon la littérature scientifique, le SRDC apparaissait à trois mois d'un accident ou d'une opération chirurgicale. Or, lors du rapport du 4 octobre 2019, on se trouvait à trois ans de l'événement et à environ 18 mois de la bursectomie. Enfin, la documentation à disposition ne révélait aucun élément permettant de comprendre pourquoi l'assuré demeurait en incapacité travail, quatre ans après l'événement initial. Celui-ci avait entraîné une déchirure du vaste interne, dont la guérison était obtenue après trois mois, et une bursite chronique, dont la guérison après bursectomie – en l'absence de SRDC – était obtenue principalement après trois mois. Du reste, le service de rhumatologie des HUG (rapport du 14 février 2018) indiquait que la bursite prépatellaire n'expliquait pas l'ensemble de la symptomatologie présentée par le patient. Quant à la poursuite d'un traitement médical, la Dresse M_____ indiquait que l'état de santé était stabilisé. La reprise d'une activité professionnelle était certainement la meilleure thérapie.

Les conclusions de la Dresse M_____ confirmaient ainsi celles du Dr E_____; de plus il n'apparaissait pas que les constatations cliniques concordassent avec le diagnostic de SRDC.

44. Le 25 mai 2020, le recourant a produit un mémorandum du Dr D_____, daté du même jour, sur l'appréciation médicale de la Dresse M_____ du « 3 mars 2020 » (recte : 26 février 2020, signée le 3 mars). En substance, le médecin traitant reprenait ses avis antérieurs, critiquant par ailleurs l'approche uniquement sur dossier de la Dresse M_____, et réitérant en conclusion que le patient n'avait aucun antécédent; l'évolution lentement positive bénéficierait encore de prestations

physiothérapeutiques, ce qui expliquerait, selon lui, le développement d'un SRDC; le traitement - indispensable - devait être poursuivi; l'incapacité de travail dans l'activité précédente était complète, définitivement; en l'état, l'« incapacité » (recte : la capacité) de travail dans une activité adaptée était impossible; des mesures de réadaptation devaient être entreprises, ce d'autant que le patient avait un rêve professionnel : devenir horloger.

45. L'intimée s'est prononcée sur le dernier rapport du Dr D_____ : celui-ci reprenait pour l'essentiel le contenu de ses précédents avis; il critiquait le fait que la Dresse M_____ n'ait pas retenu le diagnostic de SRDC, mais n'indiquait nullement en quoi les explications de sa consœur, notamment quant à la non-réalisation des critères de Budapest, ne seraient pas pertinentes. On ne voyait pas non plus en quoi le fait que la Dresse M_____ soit spécialiste en chirurgie générale et traumatologie serait de nature à diminuer la valeur probante de ses conclusions. Le fait que cette dernière n'ait pas examiné personnellement l'assuré n'était pas déterminant. Enfin, on ne saurait retenir qu'un SRDC aurait été diagnostiqué par « tous les autres médecins » : les spécialistes de la CRR et le Dr E_____ ne l'avaient pas retenu; ce diagnostic était évoqué dans un rapport du Dr L_____ du 4 octobre 2019. En définitive, le chirurgien traitant ne faisait état d'aucun élément médical probant de nature à faire douter du bien-fondé des conclusions de la Dresse M_____. L'intimée rappelait à toutes fins utiles que selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome (SRDC) puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants devaient être réalisés : a. la preuve d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; b. l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique; c. une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1). Or, en l'occurrence, le diagnostic de SRDC avait été évoqué dans un rapport du 4 octobre 2019, soit près de 18 mois après l'opération. Il en résultait qu'on ne saurait retenir que l'incapacité de travailler et la nécessité de soins perdureraient depuis le 25 février 2019 en raison d'un SRDC.

46. Le Dr D_____ a encore réagi spontanément aux observations précédentes de la CNA, par courrier du 14 juillet 2020, directement adressé à la chambre de céans. En substance, il réfutait l'argumentation de l'intimée et de la Dresse M_____. Pour le détail, ses arguments seront repris, dans la mesure utile ci-dessous dans les considérants.

47. Par courrier du 6 août 2020, l'intimée s'est prononcée sur les commentaires du Dr D_____ du 14 juillet 2020 : elle remarquait notamment que s'il était vrai que le CRPS avait effectivement été évoqué aux HUG en 2017 déjà, par le Dr J_____ [*ndr*. : en parlant de la bursite chronique qui datait d'environ six mois], ce médecin précisait : « mais je pense qu'elle est associée à un syndrome de type CRPS »); mais il ressortait toutefois de la lettre de fin de traitement du 14 février 2018 du service

de rhumatologie des HUG (docteurs N_____ et O_____) que l'assuré présentait, outre une bursite prépatellaire, un syndrome douloureux régional « d'origine indéterminée et sans argument pour un CRPS, ni rhumatisme inflammatoire ». L'examen physique montrait une allodynie ainsi qu'une kinésiophobie importante limitant la physiothérapie et participant à la chronicisation des douleurs. Par ailleurs, selon le rapport de scintigraphie osseuse/Spect-scan du docteur P_____, radiologue FMH, il n'y avait pas d'argument pour une algoneurodystrophie, l'intimée se référant également au rapport du Dr D_____ du 15 décembre 2017 qui mentionnait que le rapport radiologique susmentionné n'avait pas montré d'éléments algodystrophiques et que la bursite était « la cause de tous les maux de ce patient ».

L'intimée joignait encore à son écriture une appréciation chirurgicale complémentaire de la Dresse M_____ du 5 août 2020 : reprenant les arguments développés par le chirurgien traitant dans son rapport du 25 mai 2020 et dans sa prise de position produite le 14 juillet 2020, elle concluait que ni l'un ni l'autre n'apportaient d'éléments susceptibles de remettre en question les conclusions de son appréciation médicale du 3 mars 2020 (recte : 26 février 2020, signée le 3 mars 2020).

48. Le 26 octobre 2020, la chambre de céans a entendu le Dr D_____, et les parties : l'OAI (pour la procédure A/2653/2019) et la CNA (pour la procédure A/2112/2019); le recourant était assisté de son conseil et en présence d'un interprète, quand bien même la plupart du temps il répondait directement en français.

Le recourant a déclaré que, pour l'instant, il n'avait pas recherché de travail car il ne pouvait pas travailler, en raison de ses douleurs à la jambe. Il était vrai qu'il était intéressé, à un moment donné (2018 ou 2019), à travailler dans l'horlogerie : il avait essayé, mais à l'époque, il avait très mal. Actuellement, il ne faisait plus de physio depuis 2 mois car il n'arrivait plus à payer les factures : celles-ci étaient bien prises en charge par sa caisse-maladie, mais c'était le 10 % de participation qu'il n'arrivait pas à payer. Par ailleurs, il prenait toujours des médicaments, mais ceci à la demande, lorsque sa jambe le faisait souffrir, ce qui n'était pas le cas tous les jours. Il était encore suivi par le Dr D_____, à raison de 2 fois par mois, au moins, parfois plus. Pendant ses consultations, le Dr D_____ examinait sa jambe droite et lui donnait des ordonnances et des crèmes. Il faisait des exercices d'auto-physiothérapie à la maison, sur la base des conseils de son médecin et du physiothérapeute. La doctoresse Q_____ le suivait toujours, pour tous ses problèmes, y compris la jambe. Il habitait aux Pâquis et s'était déplacé en bus. Il ne portait plus de béquilles. Il pouvait marcher tout seul, sans cannes depuis 7 à 8 mois. Sur question de son conseil, il pouvait parcourir 200 m à pied sans que surgissent des douleurs importantes; en résumé, lorsqu'il n'utilisait pas sa jambe, la douleur pouvait se situer sur une échelle de 3 à 5 sur 10, et lorsqu'il l'utilisait, elle pouvait monter plus haut, tout dépendant de l'effort. Sur question, il confirmait avoir des douleurs jour et nuit. On pouvait dire qu'il s'était en quelque sorte habitué

à vivre avec ses douleurs. Sur question de la CNA, les médicaments qu'il prenait étaient du Dafalgan, de l'ibuprofène et des crèmes dont il ne se souvenait plus du nom, même s'il les appliquait tous les jours.

Journée-type : il se levait à 8h, prenait son petit-déjeuner (la plupart du temps préparé par sa femme), puis lisait un peu et regardait la télévision; ensuite, un peu de fitness, surtout les bras, pour passer le temps; quelquefois, il allait chez sa sœur; avec sa femme si elle ne travaillait pas. Il voyait également ses amis, « comme tout le monde ». S'agissant du ménage, il descendait la poubelle et faisait des petits trucs (mettre la table, lorsque sa femme était fatiguée; faire les commissions [petites courses – qu'il pouvait transporter, mais avec un sac à dos]). S'agissant du ménage, ce n'était pas lui qui faisait le lit, mais il pliait la couverture.

Le Dr D_____, témoin, a déclaré en substance ce qui suit : il convenait que le délai de la survenance de l'accident le 16 septembre 2016 à ce jour, - sans que l'on puisse parler de guérison -, même s'il y avait un mieux, pouvait paraître surprenant. Toutefois, pour lui, les choses s'expliquaient; il convenait pour cela de revenir sur la chronologie et le mécanisme de la chute : le patient était certes tombé d'un pont roulant de 3 m de haut, non pas en direct, mais le long d'une des échelles latérales, son genou droit ayant tapé à plusieurs reprises les barreaux de l'échelle. C'était ce phénomène répétitif qui n'était pas anodin. Vu ses douleurs, comme cela se passe dans le cadre d'un accident relativement modéré (à défaut de quoi il y a hospitalisation), il avait consulté une permanence, d'où il avait été directement envoyé à l'hôpital, où il avait été examiné une première fois. Mais l'intéressé était revenu à l'hôpital le lendemain parce qu'il avait de grosses douleurs : et cela n'était pas usuel. Un autre facteur expliquait la situation actuelle : le fait que M. A_____ était arrivé en Suisse relativement peu de temps avant l'accident, sous un statut de réfugié. Le fait qu'il ait eu cet accident aussi rapidement après son arrivée en Suisse l'avait beaucoup choqué. Sur la base du diagnostic exact retenu par les médecins de l'hôpital, - qui avaient bien fait leur travail (constatant un épaississement de la partie antérieure du genou qui allait devenir une bursite et une déchirure partielle du muscle du vaste interne) -, ces derniers avaient prescrit une attelle, une paire de cannes et des anti-inflammatoires, le tout pour 6 semaines. Le patient avait également été invité à consulter un orthopédiste. D'après ce que comprenait le témoin, il y avait eu une mauvaise compréhension du patient par rapport à ce délai de 6 semaines. En effet, c'était seulement à la fin de ce délai qu'il était venu le consulter. À ce moment-là, son muscle partiellement déchiré était considérablement atrophié, n'ayant pas été sollicité depuis tout ce temps. Si d'emblée on avait pu mettre en place la physiothérapie, le muscle en question n'aurait pas perdu autant de substance, et ceci malgré la déchirure. Il avait assez rapidement réalisé que la suite d'un traitement en ambulatoire ne serait pas suffisante, de sorte que début janvier 2017, il préconisait déjà un séjour à la CRR de Sion; mais il n'avait pas été suivi par la CNA. Il est revenu sur le différend qui l'avait opposé au Dr E_____ au début mai 2017 (ci-dessus en Fait ch. 19 à 22), observant que tous les traitements qu'il

avait lui-même entrepris avaient été validés par les orthopédistes et rhumatologues des HUG. Le séjour à la CRR n'était intervenu que 20 mois plus tard. Entretemps, le patient avait été opéré aux HUG pour la bursite, avec de bonnes suites opératoires mais un résultat qui pendant longtemps n'avait pas atteint les expectatives. Le témoin a commenté une série de photos prises le 21 octobre 2020 : « on voit donc sur les photos que je viens de vous remettre que si en effet, les améliorations sont sensibles depuis l'accident, le genou droit n'est toujours pas guéri, et ceci s'explique par la violence de la chute que j'ai décrite tout à l'heure d'une part, mais également par rapport à l'évolution dans le temps et l'apparition, selon moi, depuis 2017 déjà, du SRDC »; mais il n'avait pas voulu s'étendre sur ce sujet, qui était controversé entre lui et la CNA, et faisait d'ailleurs débat dans la communauté scientifique. Toutes ces explications montraient donc, à son sens, la durée inhabituelle du temps nécessaire pour atteindre la guérison. Selon lui, les médecins de la CRR (2018) lui paraissaient particulièrement pessimistes, en relevant que le patient ne marquait guère de volonté de se rétablir et de pouvoir reprendre une activité professionnelle, autre que celle qu'il exerçait au moment de l'accident. Aujourd'hui, il allait beaucoup mieux; il était beaucoup mieux intégré, rappelant qu'il était marié avec une compatriote kosovare, en Suisse depuis 18 ans et qui, quant à elle, était parfaitement bien intégrée; ainsi, aujourd'hui son patient se projetait dans un avenir professionnel qu'il espérait dans l'horlogerie. Quant à savoir si ce dernier avait entrepris des démarches concrètes dans cette voie, il a répondu que pour lui, cela n'était pas très clair. Selon le témoin, tout dépendait de l'issue de l'audience : « je pense qu'il appartiendrait à la CNA de revoir sa position, de fixer une IPAI, de reconnaitre qu'il n'est pas encore guéri, de fixer une rente LAA, et l'AI de son côté, une rente AI, et dans l'idéal qu'il puisse bénéficier d'une formation dans le domaine de l'horlogerie… Si la SUVA reprenait la prise en charge des traitements médicaux et physiothérapeutiques, je pense que l'on pourrait obtenir un résultat satisfaisant dans les meilleurs délais, car pour moi, mon patient a besoin de se sentir épaulé par les assurances, par son épouse, par ses médecins (ça c'est mon job) ».

Il a en outre précisé que son patient pouvait travailler assis, mais devait pouvoir alterner les positions. Quant à la CT dans une activité adaptée, respectant les LF retenues par le SMR, il l'a estimée à un pourcentage de 20 à 30 %, dans un premier temps, à condition qu'il puisse bénéficier d'une formation qui puisse le relancer, car il était motivé. Ce pourcentage prenait en compte le fait que son patient n'avait pas travaillé depuis 4 ans.

Quant à la fréquence des consultations, elle était d'une fois par mois, c'est-à-dire moins fréquemment que précédemment; mais ceci non seulement parce qu'il allait mieux, mais également car il n'avait pas les moyens de payer les 10 % (quote-part). Lors de ces consultations, son rôle consistait à regarder l'état du genou, à constater les améliorations, et à attirer l'attention du patient s'il y avait un léger recul, ce qui était le point principal. Actuellement, il pensait qu'il prenait encore du Dafalgan,

mais pas tous les jours. Il n'y avait pas d'autres traitements en cours; il y avait environ une année, il avait essayé de lui prescrire du Saroten, antidépresseur (d'ailleurs plus stimulant qu'antidépresseur) prescrit et efficace dans le cadre des troubles somatoformes; mais à l'époque, cela ne marchait pas très bien car son patient n'était pas très motivé. Or, si maintenant on pouvait le reprendre en charge, il prescrirait à nouveau de la physio et recommencerait le Saroten à dose progressive. Enfin, sur question du conseil du recourant, il confirmait que la prescription de physiothérapie, « ortho » et médication étaient, selon lui, encore susceptibles d'améliorer l'état de santé de son patient.

49. Les parties ont confirmé à la chambre de céans qu'elles n'avaient plus d'autres actes d'instruction à solliciter, ni dans une procédure, ni dans l'autre, de sorte que 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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 82*a* LPGA; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597; erratum de la CdR de l'Ass. féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

4. Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu 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 seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

5. Le recours contre la décision sur opposition de la CNA du 15 avril 2019 a été adressé le 23 mai 2019 (date du timbre postal) à l'intimée, autorité incompétente en matière de recours, qui l'a dument transmis à la CJCAS. Pâques 2019 avait lieu le 22 avril. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 29 al. 3, 38 al. 4 let. a, 39 al. 2, 60 al. 2 LPGA et art. 64 al. 2 et

89C let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.

6. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents (indemnités journalières et frais médicaux) au-delà du 25 février 2019.

7. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve.

   b. La maxime inquisitoire signifie que l'assureur social et, en cas de litige, le juge, établissent d'office les faits déterminants, avec la collaboration des parties, sans être liés par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à le faire de manière correcte, complète et objective afin de découvrir la réalité matérielle (art. 43 LPGA; art. 19 s., 22 ss, 76 et 89A LPA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, p. 499 s.). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a; 117 V 261 consid. 3b et les références).

   c. Comme l'administration, le juge apprécie librement les preuves administrées, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c LPGA). Il lui faut examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les pièces du dossier et autres preuves recueillies permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il lui est loisible, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves déjà disponibles, de refuser l'administration d'une preuve supplémentaire au motif qu'il la tient pour impropre à modifier sa conviction (ATF 131 III 222 consid. 4.3; ATF 129 III 18 consid. 2.6; arrêt du Tribunal fédéral 4A_5/2011 du 24 mars 2011 consid. 3.1).

   d. Une preuve absolue n'est pas requise en matière d'assurances sociales. L'administration et le juge fondent leur 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine FRÉSARD- FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, op. cit., p. 517 s.). Reste

réservé le degré de preuve requis pour la notification de décisions, l'exercice d'un moyen de droit, le contenu d'une communication dont la notification est établie (ATF 124 V 400; 121 V 5 consid. 3b; 119 V 7 consid. 3c/bb; ATAS/286/2018 du 3 avril 2018 consid. 3; ATAS/763/2016 du 27 septembre 2016 consid. 4 et 5c).

e. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2).

8. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

c. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être

qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

d. Les notions de syndrome douloureux régional complexe (CRPS - *Complex regional pain syndrome* en anglais), algodystrophie ou maladie de Suedeck, ou encore SRDC (syndrome douloureux régional complexe), appartiennent aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constituent ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (arrêt du Tribunal fédéral 8C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6). Elles désignent, en médecine, un état maladif post-traumatique, qui est causé par un traumatisme bénin, qui se transforme rapidement en des douleurs importantes et individualisées avec des sensations de cuisson, qui s'accompagnent de limitations fonctionnelles de type moteur, trophique ou sensori-moteur. Toute une extrémité ou une grande partie d'une zone du corps est touchée. Les causes peuvent non seulement être une distorsion d'une articulation mais aussi, par exemple, un infarctus. La discordance entre le traumatisme à l'origine, qui peut en réalité être qualifié de bagatelle, et les conséquences est importante. L'étiologie et la pathogenèse de ce syndrome ne sont pas claires. C'est pourquoi, selon la jurisprudence, pour qu'un tel syndrome puisse constituer la conséquence d'un accident, les trois critères suivants doivent être réalisés : a) la preuve d'une lésion physique (comme par exemple un hématome ou une contusion) après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (comme par exemple : état après infarctus du myocarde, après apoplexie, après ou lors de l'ingestion de barbituriques, lors de tumeurs, de grossesses; etc.); c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n° 18 p. 69). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il n'est pas déterminant que le diagnostic ait été posé dans les six à huit semaines après l'accident, mais que sur la base de constatations médicales fournies en temps réel, on puisse conclure que durant cette période de latence l'assuré a souffert au moins en partie des symptômes typiques de ce diagnostic. La causalité naturelle peut également être admise si le syndrome fait suite à une opération en lien avec l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 et les références citées) (sur ces questions et en particulier sous l'angle

de l'assurance-accidents : David IONTA, Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC) et causalité en LAA, in : Jusletter 18 octobre 2021).

e. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

9. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière

d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

e. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

f. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. 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). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

g. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

h. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

10. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 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 (art. 19 al. 1, 1ère phrase, LAA).

Cependant, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2ème phrase, LAA). Il cesse également s'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 et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en

considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2). Autrement dit, l'assureur-accidents est tenu d'octroyer une indemnité journalière et de prendre en charge le traitement médical aussi longtemps qu'il y a lieu d'attendre une amélioration notable de l'état de santé. Si une telle amélioration ne peut plus être envisagée, il doit clore le cas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.2).

Selon l'art. 21 al. 1 LAA, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire notamment lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c) ou lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d).

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêt du Tribunal fédéral 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1).

Ce qu'il faut comprendre par sensible amélioration de l'état de santé au sens de l'art. 19 al. 1 LAA se détermine en fonction de l'augmentation ou du rétablissement de la capacité de travail à attendre pour autant qu'elle ait été diminuée par l'accident, auquel cas l'amélioration escomptée par un autre traitement doit être importante. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_402/2007 du 23 avril 2008 consid. 5.1.2.1). Ni la simple possibilité d'un résultat positif d'un autre traitement médical, ni un progrès thérapeutique seulement insignifiant escompté d'autres mesures thérapeutiques comme une cure thermale ne donnent droit à leur mise en œuvre. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1).

11. En l'espèce, il convient de garder à l'esprit quelques dates essentielles.

a. Le 16 septembre 2016, le recourant a été victime d'un accident sur le chantier où il travaillait. Selon la déclaration d'accident, il a fait une chute, en descendant d'un pont roulant, alors qu'il se trouvait au travail : ayant manqué une marche, il a dévalé

trois marches, percutant chaque fois son genou droit. À la réception sur la dernière marche, il s'est coincé le genou entre deux marches. Cette description du déroulement de l'accident a été confirmée par le recourant (dans le questionnaire CNA du 7 décembre 2016 [« au travail : chute d'un échafaudage en ratant une marche, j'ai dégringolé de trois-quatre marches »]), et par son chirurgien traitant lors de son audition par la chambre de céans : « Mon patient est certes tombé d'un pont roulant de 3 m de haut, non pas en direct, mais le long d'une des échelles latérales, son genou droit tapant à plusieurs reprises les barreaux de l'échelle, dans sa chute ». Une IRM du 20 septembre 2016 a montré une déchirure partielle du muscle vaste interne de grade I sans image de collection liquidienne décelée, associée à un important œdème des tissus mous au niveau entéro-interne du genou, à corréler avec la clinique et les antécédents; minime contusion osseuse sur le versant latéral de la trochlée fémorale; clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque interne (lésion de grade II).

b. Le 3 mai 2017, le diagnostic de bursite a été retenu.

c. Par courrier du 6 juillet 2017, la CNA a indiqué à l'assuré que, suite à son opposition du 21 avril 2017 et à la nouvelle évaluation médicale de son médecin d'arrondissement, la décision du 5 avril 2017 était annulée, la CNA reprenant le versement des prestations légales d'assurance dès le 1er mai 2017. L'instruction médicale s'est poursuivie.

d. L'assuré a bénéficié d'une bursectomie prépatellaire le 17 avril 2018, après que le diagnostic suspecté de CRPS - qui avait contrindiqué l'intervention chirurgicale - a été écarté.

e. La décision entreprise, du 15 avril 2019, admettait partiellement l'opposition formée par l'assuré à l'encontre de la décision formelle du 21 janvier 2019 : c'était à tort que l'agence de Genève avait mis fin aux prestations au motif que le *statu quo sine* (ou plus exactement *ante*) serait atteint à la date du 19 janvier 2019. En effet l'assuré ne présentait pas d'état antérieur à l'accident; en revanche, au vu des éléments du dossier, et notamment du dernier examen clinique par le médecin d'arrondissement (25 février 2019) - qui aboutissait à la conclusion que l'assuré disposait d'une CT pleine et entière dès le 19 janvier 2019 pour les suites de l'accident -, il n'y avait pas de séquelles objectives à caractère durable pour le genou; la bursectomie ne pouvait pas être considérée comme la responsable de la symptomatologie actuelle. L'amyotrophie était temporaire et ne reflétait pas nécessairement les capacités fonctionnelles physiques réalisées; elle n'était pas censée empêcher la CT, mais pouvait justifier la prise en charge de physiothérapie adaptée pendant les mois qui suivraient la reprise du travail, ceci afin de la faciliter. Ainsi, la CNA, en plus de l'octroi de séances de physiothérapie, principe déjà acquis dans la décision initiale, acceptait par gain de paix de prendre en charge les conséquences de l'incapacité de travail jusqu'au 25 février 2019, date du dernier examen pratiqué par le médecin d'arrondissement.

12. En tant que la décision objet du recours est essentiellement fondée sur le dernier avis du médecin d'arrondissement, après examen personnel de l'intéressé, il y a lieu de déterminer si les avis du Dr E_____ peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Le médecin d'arrondissement a régulièrement suivi le cas du recourant, tout au long de la phase administrative; il est spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Il a, à plusieurs reprises, personnellement examiné l'assuré et s'est prononcé sur ce dossier à mesure de l'avancement du dossier, et notamment dans le cadre des oppositions successives de l'intéressé aux décisions rendues par la CNA :

- le 3 février 2017, après examen personnel de l'assuré, le Dr E_____ avait retenu sur la base du dossier, de l'anamnèse recueillie auprès du patient, des plaintes de ce dernier, et de ses propres constatations, que l'assuré marchait difficilement, avec une boiterie évidente et l'utilisation de deux cannes. Il avait retenu les diagnostics de status après traumatisme du genou D, et de suspicion d'une hygroma (bursite) prépatellaire du genou, et avait constaté que dans les suites de l'événement traumatique du 16 septembre 2016, une gêne fonctionnelle du genou D persistait, avec notamment une nette augmentation du diamètre de ce genou par rapport à l'autre. Il avait alors proposé un bilan à visée rhumatologique, soit divers examens d'imagerie (échographie et IRM) et bilan sanguin, avant de pouvoir se prononcer;

- le 3 avril 2017, sur la base des résultats des examens prescrits, ainsi que du rapport du chirurgien traitant du 29 mars 2017, - ce dernier constatait notamment que la mobilité et la stabilité étaient complètes et qu'à ce stade, il restait à tenter la marche sans cannes et la reprise de travail, -, le médecin d'arrondissement avait autorisé la reprise du travail à 100 % dès le 1er mai 2017;

- le 5 mai 2017, dans le contexte de l'opposition de l'assuré à la décision de la CNA du 5 avril 2017 mettant fin aux indemnités journalières dès le 1er mai 2017, et vu le certificat du chirurgien traitant du 3 mai 2017, - qui considérait que vu l'état actuel et l'importance de la bursite, seul un traitement chirurgical pourrait améliorer l'état du patient et la CT -, le Dr E_____ avait une nouvelle fois examiné le patient : il constatait - comme le chirurgien traitant - que compte tenu de l'état actuel du genou D, on devait considérer la CT comme effectivement nulle devant la douleur importante et la persistance de la tuméfaction. Mais au vu de l'avis du chirurgien traitant, qui considérait que seul un traitement chirurgical pourrait améliorer la situation, il ne comprenait pas que ce dernier, plutôt que d'aller de l'avant dans cette voie, se soit limité à reconvoquer le patient à trois semaines. Le Dr E_____ avait ainsi décidé - après s'être brièvement entretenu téléphoniquement avec le Dr D_____ -, d'adresser l'assuré le jour même pour une consultation à la permanence chirurgicale des HUG, afin de programmer dans les meilleurs délais la prise en charge; il ferait le point dès l'obtention du rapport des HUG. Les chirurgiens des HUG, consultés le même jour, avaient confirmé le diagnostic de bursite prérotulienne importante, et sur la base d'une nouvelle radiographie, ainsi que le constat d'échec du traitement conservateur de physiothérapie et AINS,

avaient conclu que l'indication d'une bursectomie était donnée; l'assuré serait convoqué en orthopédie pour l'intervention chirurgicale.

13. a. À ce stade, la chambre de céans retient que les avis successifs du médecin d'arrondissement remplissent toutes les conditions pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ces avis ont d'ailleurs été confirmés de manière convaincante par les appréciations médicales de la Dresse M_____, en procédure de recours. Pour l'essentiel d'ailleurs, ces avis successifs ne sont guère différents de ceux du chirurgien traitant, en particulier par rapport aux diagnostics, voire à la subsistance d'une atteinte à la santé, les avis de l'un et de l'autre divergeant en revanche sur le fait qu'actuellement, respectivement au moment où la décision entreprise a été rendue, les atteintes qui subsisteraient ne seraient plus en lien avec l'accident, l'état de santé étant, de ce point de vue, stabilisé. Quand bien même le chirurgien traitant persiste encore à considérer que tous les maux dont son patient serait atteint trouveraient leur seule origine dans l'accident du 16 septembre 2016, et que l'état de santé ne serait pas stabilisé, il faut finalement reconnaître que dans l'état actuel des choses, l'objet de ses consultations tel que décrit tant par le patient que par le médecin démontre que son état de santé est stabilisé et l'était déjà au moment de la décision entreprise.

Il ressort certes de plusieurs courriers du Dr D_____ que ce dernier a peu goûté certaines critiques que le Dr E_____ lui adressait dans son rapport d'examen de début mai 2017. Toutefois, comme on le verra par la suite encore, quand bien même on peut comprendre qu'un médecin puisse ne pas apprécier qu'un confrère se montre critique à l'égard de son approche d'un dossier, dans le cas d'espèce, le chirurgien traitant semble avoir fait preuve d'une susceptibilité certaine, ne prenant pas le recul nécessaire pour s'en tenir à la situation médicale actuelle de son patient, et en ne réalisant pas que ses courriers, quelque peu véhéments, n'étaient guère contributifs pour apporter des éléments objectifs de nature à susciter des doutes au sujet de la pertinence de l'appréciation médicale du médecin d'arrondissement. Il a ainsi d'une part fait une affaire personnelle des remarques du Dr E_____ à son égard, tentant plutôt de se justifier que de montrer que l'analyse de son confrère serait erronée, ne réalisant pas qu'en définitive leurs points de vue n'étaient pas si divergents. On verra également que le chirurgien traitant s'était lui-même montré critique et sévère à l'endroit d'autres confrères, notamment des médecins des HUG qui avaient reçu le patient peu après l'accident du 16 septembre 2016; même si par la suite, lors de son audition par la CJCAS, il avait fini par se raviser à leur sujet. Il a d'autre part souvent manqué de recul par rapport à son patient, en prétendant à de nombreuses reprises que ce dernier aurait été traité de manière discriminatoire par rapport à ses origines kosovares (notamment par rapport aux médecins de la CRR, mais également à l'égard du Dr E_____). Ceci l'a notamment amené à parfois se focaliser sur les origines de son patient, et notamment sur les circonstances dans lesquelles il serait arrivé en Suisse. Entendu lors de l'audience d'enquêtes, par la chambre de céans, il a notamment déclaré : « un autre facteur qui, à mon sens,

explique la situation actuelle est le fait que M. A_____ est arrivé en Suisse relativement peu de temps avant cet accident, sous un statut de réfugié. Le fait qu'il ait eu cet accident aussi rapidement après son arrivée en Suisse l'a beaucoup choqué ». Or, la réalité est toute autre; d'après les explications mêmes du recourant, entendu par le gestionnaire du dossier le 19 janvier 2017, en présence de son épouse, il se trouvait en Suisse depuis 2013 et avait été engagé par l'employeur le 12 septembre 2016 pour une durée déterminée, soit jusqu'à fin octobre (recte : 11 octobre) 2016, ce que confirme l'extrait des CI. Ainsi, il se trouvait en Suisse depuis plusieurs années, sans autorisation de séjour, et n'était donc pas arrivé « relativement peu de temps avant l'accident et sous le statut de réfugié »; son séjour et la délivrance d'une autorisation de travail, le 30 septembre 2016, jour de son mariage avec une ressortissante d'origine serbe naturalisée suisse en 2011 - d'après les données de CALVIN, s'inscrivait bien plutôt dans le cadre d'un regroupement familial. Du reste, s'il n'avait pas déjà été en Suisse à ce moment-là, on voit mal qu'il ait pu être engagé par l'employeur et commencer à travailler, avant même son « arrivée en Suisse ». Le chirurgien traitant a ainsi beaucoup insisté sur les aspects psychosociaux de la situation de son patient, plaidant plus que justifiant scientifiquement le droit de son mandant à des prestations des assureurs sociaux; lors de son audition par la chambre de céans, il précisait encore : « je relève au passage que le rapport des médecins de la CRR de 2018 me paraissait particulièrement pessimiste, en tant qu'il relevait que le patient ne marquait guère de volonté de se rétablir et de pouvoir reprendre une activité professionnelle, autre que celle qu'il exerçait au moment de l'accident. Je relève qu'aujourd'hui, il va beaucoup mieux, il est beaucoup mieux intégré, et je rappelle qu'il est marié avec une compatriote kosovare, en Suisse depuis 18 ans, qui quant à elle est parfaitement bien intégrée, de sorte qu'aujourd'hui, mon patient se projette dans un avenir professionnel qu'il espère dans l'horlogerie. Vous me demandez si mon patient a entrepris des démarches concrètes dans cette voie : je vous dirais franchement que ce n'est pas très clair. Tout dépend à mon sens de l'issue de la séance d'aujourd'hui : je pense qu'il appartiendrait à la CNA de revoir sa position, de fixer une IPAI, de reconnaitre qu'il n'est pas encore guéri, de fixer une rente LAA, et l'AI de son côté, une rente AI, et dans l'idéal qu'il puisse bénéficier d'une formation dans le domaine de l'horlogerie….. si la SUVA reprenait la prise en charge des traitements médicaux et physiothérapeutiques, je pense que l'on pourrait obtenir un résultat satisfaisant dans les meilleurs délais, car pour moi, mon patient a besoin de se sentir épaulé par les assurances, par son épouse, par ses médecins (ça c'est mon job) ». Ainsi, force est de constater que l'avis du chirurgien traitant ne répond guère aux exigences de la jurisprudence pour que l'on puisse lui accorder une pleine valeur probante : l'anamnèse, - sur laquelle il se fonde notamment pour tenter de faire reconnaître à l'accident du 16 septembre 2016, en soi d'une gravité relative, un caractère particulier qui justifierait à son sens une durée étonnamment longue pour parvenir sinon à une guérison, du moins à une stabilisation de l'état de santé et le recouvrement d'une capacité de travail, niant encore au stade de la procédure de

recours, la moindre CT, et soutenant l'absence de guérison -, repose sur des renseignements erronés, comme on vient de le voir.

S'agissant de la capacité de travail du recourant, le chirurgien traitant, qui a toujours soutenu que son patient serait totalement incapable de travailler, ceci depuis l'accident du 16 septembre 2016, et encore pendant la procédure de recours, a finalement admis lors de son audition par la chambre de céans que le recourant pouvait travailler assis, mais devait pouvoir alterner les positions. Et sur question de la représentante de l'OAI, qui lui demandait, compte tenu des LF retenues, quel pourcentage de CT serait exigible dans une activité adaptée, il a indiqué que dans un premier temps, cela pourrait être de 20 à 30 %, « à condition qu'il puisse bénéficier d'une formation qui puisse le relancer, car il est motivé ». Il justifiait ce pourcentage en raison du fait que son patient n'avait pas travaillé depuis quatre ans.

Quant à la fréquence et au motif des consultations actuelles de ce patient, on notera également que le recourant, entendu par la chambre de céans, avant qu'elle ne procède à l'audition du chirurgien traitant, a passablement exagéré au sujet de l'intensité et de la fréquence du suivi par son chirurgien. Il prétendait ainsi : « je suis encore suivi par le Dr D_____, à raison de 2 fois au moins par mois, parfois plus. Le Dr D_____ examine ma jambe droite pendant ses consultations, me donne des ordonnances médicales, et des crèmes ». Pour sa part, le Dr D_____ a indiqué : « mon patient vient me consulter une fois par mois, c'est-à-dire moins fréquemment que précédemment, mais ceci non seulement parce qu'il va mieux, mais également car il n'a pas les moyens de payer les 10 %. Lors de ces consultations, mon rôle consiste à regarder l'état de son genou, à constater les améliorations, et à attirer son attention s'il y a un léger recul, ce qui est le point principal. S'agissant de son traitement actuel, je pense qu'il prend encore du Dafalgan, mais pas tous les jours ».

b. Il résulte de ce qui précède que le chirurgien traitant n'a nullement rapporté d'éléments objectifs de nature à faire naître le moindre doute quant à la fiabilité des appréciations successives du Dr E_____, lesquelles sont encore corroborées par les avis des médecins de la CRR qui ont notamment relevé des incohérences chez l'assuré : ils faisaient état de discordances entre l'importance des douleurs et du handicap perçu et les lésions organiques objectivables, entre le comportement pendant l'examen analytique et en dehors (marches avec charge complète du membre inférieur droit lorsqu'il ouvre les portes), flexion à 15° environ en position couchée alors qu'il marche avec le genou en extension, tannage plantaire symétrique, absence de signe d'utilisation des cannes dans les paumes des mains, alors que le patient décrit une décharge complète du MID depuis plusieurs mois. En novembre 2018, les médecins de la CRR considéraient que cette situation était sur le point d'être stabilisée du point de vue médical. Il ressort de la plupart des observations médicales que le recourant montrait une kinésiophobie importante limitant la physiothérapie et participant à la chronicisation des douleurs (appréciation des rhumatologues des HUG du 14 février 2018 qui ont à cette

occasion exclu un rhumatisme inflammatoire, et n'avaient trouvé aucun argument pour un CRPS, et n'ont vu aucune contre-indication à une bursectomie [réalisée en avril 2018]); le Dr D_____ avait du reste également évoqué cette kinésiophobie. Contrairement à l'avis exprimé par ce chirurgien traitant devant la CJCAS, l'avis des médecins de la CRR était pertinent : du reste, les exagérations du recourant lors de son audition, et certaines de ses contradictions ne font que corroborer l'avis de ces médecins.

c. Il convient de plus de garder à l'esprit, conformément à la jurisprudence, citée précédemment, que 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, cette relation particulière de confiance pouvant influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci. La réserve qu'il convient ainsi d'observer par rapport à l'avis du Dr D_____, s'impose particulièrement dans le cas d'espèce. Outre le fait que ce dernier est même en désaccord avec l'avis de la Dresse Q_____, généraliste traitante, - qui suit le patient parallèlement à son suivi orthopédique depuis le 19 décembre 2018 et actuellement encore -, le chirurgien traitant, se faisant une fois encore plus l'avocat que le médecin de son patient, s'est plutôt concentré, à travers ses rapports médicaux, sur des critiques à l'égard de tous les médecins qui n'allaient pas nécessairement dans le sens de l'intérêt de son patient. Et encore, de façon claire lors de son audition par la chambre de céans, s'est-il centré sur un but à atteindre (l'obtention pour son patient des prestations des assureurs sociaux), plutôt qu'à apporter une justification médicale du droit à ces prestations tant de la part de l'AI que de l'assurance-accidents. Selon lui, tout dépendait de l'issue de l'audience. Il déclarait ainsi : « je pense qu'il appartiendrait à la CNA de revoir sa position, de fixer une IPAI, de reconnaitre qu'il n'est pas encore guéri, de fixer une rente LAA, et l'AI de son côté, une rente AI, et dans l'idéal qu'il puisse bénéficier d'une formation dans le domaine de l'horlogerie… Si la SUVA reprenait la prise en charge des traitements médicaux et physiothérapeutiques, je pense que l'on pourrait obtenir un résultat satisfaisant dans les meilleurs délais, car pour moi, mon patient a besoin de se sentir épaulé par les assurances, par son épouse, par ses médecins (ça c'est mon job) ». Résolument déterminé à soutenir le projet d'avenir professionnel de son patient dans l'horlogerie, il ignorait même si ce dernier, pour y parvenir, avait entrepris la moindre démarche dans ce sens, et que ce projet n'était pas réaliste : le compte rendu du stage consenti par l'OAI pour une période de trois jours dès le 20 février 2019, sous forme d'évaluation/orientation, avait abouti à un avis non favorable à l'assuré, pour une formation de base en tant qu'opérateur en horlogerie. Il ne réunissait pas les prérequis nécessaires pour une telle formation, malgré une grande motivation. Son niveau théorique pour une formation certifiante s'était avéré trop faible, tout comme son niveau pratique : les tests théoriques avaient révélé que le recourant ne possédait pas le niveau en mathématiques requis pour une formation AFP; il n'avait pas réussi le montage demandé; il ne possédait pas une bonne logique et une représentation spatiale; il n'avait pas le niveau

suffisant en théorie pour entreprendre une telle formation. Quant à la découverte du métier par la pratique, sa manipulation des objets était de niveau moyen; il avait une mauvaise compréhension des consignes, et un manque de dextérité.

14. a. Dans le cadre de sa réplique, le recourant a produit des pièces nouvelles, soit notamment un rapport de son chirurgien traitant du 22 novembre 2019, un rapport de consultation des HUG du 31 juillet 2019 (Dr J_____, service d'orthopédie) et une lettre de consultation des HUG du 4 octobre 2019 (Prof. L_____, service de rhumatologie); il avait en substance été revu par le département de chirurgie des HUG le 31 juillet 2019, 15 mois après l'intervention de bursectomie. Selon le rapport de consultation, le chirurgien constatait une amélioration très discrètement favorable avec, notamment, depuis un mois, la possibilité de marcher sans cannes anglaises. Le patient se disait toujours limité par la douleur, notamment lors de pression au niveau du genou droit lors de la flexion, toujours limitée. Au vu des constatations cliniques, et devant l'absence d'évolution, le chirurgien proposait une évaluation par les ergothérapeutes, afin d'effectuer un bilan sensitif dans le contexte d'une allodynie prépatellaire droite, et un nouvel avis des rhumatologues (HUG) afin de réévaluer une piste éventuelle pour un rhumatisme inflammatoire, devant la récidive des symptômes. À ce stade, il n'était pas envisagé de nouvel acte chirurgical, étant donné la récidive de ce qui semblait être une bursite chronique inflammatoire avec un status, actuellement, superposable au geste préopératoire. Relevant qu'il était indéniable que l'accident du 16 septembre 2016 était la cause déclenchante de cette pathologie, le médecin précisait qu'à ce stade, il n'y avait toujours pas de diagnostic précis hormis une bursite chronique du genou droit post-traumatique. Le recourant avait ensuite été examiné le 3 octobre 2019 par le prof. L_____ (service de rhumatologie des HUG), lequel avait posé le diagnostic de syndrome douloureux régional chronique droit, à la suite d'une bursite prépatellaire post-traumatique (16 septembre 2016), observant qu'il n'y avait pas d'argument pour un rhumatisme inflammatoire. Il retenait que le patient présentait des douleurs chroniques neuropathiques à la suite d'une bursite traumatique; l'évolution était stagnante malgré le traitement conservateur et la bursectomie. La clinique évoquait un SRDC, les critères de « Budapest » étant présents, selon lui. Il proposait l'introduction d'un traitement de Duloxetine à visée antalgique, ainsi que de capsaïcine en crème; au vu de l'échec des thérapies de désensibilisation, il convenait aussi d'orienter la physiothérapie vers un renforcement musculaire et une lutte contre la kinésiophobie.

b. Selon le recourant, au vu des avis successifs du médecin d'arrondissement, et notamment dès lors que ce dernier considérait dans son rapport du 25 février 2019 qu'il serait guéri et apte au travail, et que l'amyotrophie serait temporaire et pourrait justifier une prise en charge de physiothérapie adaptée pendant les mois qui suivraient la reprise du travail afin de la faciliter, mais vu le diagnostic et la causalité retenus par le Prof L_____, le raisonnement de l'intimée, - consistant à nier le lien de causalité adéquate au motif qu'il devrait l'être sous l'angle d'un

trouble d'ordre psychique après accident, (qui devrait être nié d'emblée au vu des conditions jurisprudentielles requises) -, tombait à faux.

c. Le recourant a, par la suite, par courrier du 10 janvier 2020, produit « au titre de faits nouveaux » des pièces médicales supplémentaires (pertinentes selon lui dans les deux procédures, LAA et AI) soit une attestation du 7 janvier 2020 du département de chirurgie des HUG déclarant le recourant totalement incapable de travailler dans son métier habituel et dans une activité adaptée, et une nouvelle attestation du chirurgien traitant, du 10 janvier 2020, prenant position sur l'avis du SMR du 16 décembre 2019 : le Dr D_____ considérait en substance que le diagnostic supplémentaire de SRDC à la suite d'une bursite prépatellaire post-traumatique, posé le 4 octobre 2019 par les HUG, constituait un facteur aggravant, notamment par rapport aux possibilités thérapeutiques; le diagnostic de bursite prépatellaire post-traumatique était exact mais incomplet : la bursite était secondaire au diagnostic premier qui était une déchirure documentée de la face antéro-interne du vaste interne, de surcroît non traitée pendant six semaines. Sans cette déchirure, l'évolution eût été toute autre. Quant aux conclusions des chirurgiens des HUG quant à l'incapacité de travail totale quelle que soit l'activité, elles ne sont pas motivées par des éléments objectifs.

d. Force est de constater que le diagnostic de bursite était déjà connu, l'assuré ayant subi une bursectomie; aucun élément concret ne permettait de retenir une récidive, comme l'ont observé les médecins de la CNA de manière convaincante; quant à celui de SRDC, il était nouveau : posé par le Prof. L_____ à l'issue de sa consultation spécialisée du 3 octobre 2019, il est postérieur à la décision entreprise. Or, comme rappelé précédemment (cf. consid. 7 let. e et réf. citées) et souligné par l'intimée, de jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1; ATF 130 V 130 consid. 2.1). Certes, la jurisprudence apporte une nuance à ce principe, considérant que même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date.

e. Il y a lieu d'observer ce qui suit. Le SRDC est une atteinte appartenant aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques, qui constitue une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle. La jurisprudence rappelée précédemment (arrêts du Tribunal fédéral 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1 in SVR 2010 UV n° 18 p. 69) (ci-dessus consid. 8 let. e) considérait que trois conditions cumulatives devaient être remplies, notamment une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines, pour admettre un lien de causalité entre un accident et une algodystrophie. Au vu de la

jurisprudence récente du Tribunal fédéral (not. arrêt du Tribunal fédéral 8C_308/2020 du 2 septembre 2020 consid. 3.2), il n'est pas nécessaire que le diagnostic ait été posé dans les six à huit mois suivant l'accident pour qu'un CRPS (complex regional pain syndrome) soit considéré comme lié à l'accident. Ce qui est déterminant, c'est qu'il soit possible de conclure, sur la base de résultats médicaux recueillis en temps réel (anamnèse détaillée et chronologique), que la personne concernée a souffert au moins partiellement des symptômes typiques d'un CRPS pendant la période de latence de six à huit semaines après l'accident. Une causalité peut également être admise lorsque le CRPS est la conséquence d'une opération causée par l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_27/2019 du 20 août 2019 consid. 6.4.2 avec renvois; cf. de manière générale sur le CRPS : arrêt du Tribunal fédéral 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 5), les principes valables pour l'accident l'étant également pour ce cas de figure.

En conclusion de son analyse détaillée, David IONTA (op. cit.) relève qu'en l'absence d'un consensus scientifique s'agissant du délai d'apparition des douleurs en lien avec le SRDC, il est difficile de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, si un SRDC est en lien avec un accident déterminé ou une opération découlant d'un événement accidentel assuré. La période de latence de six à huit semaines ne constituant qu'une valeur empirique, on ne saurait dès lors établir, sur le plan juridique, une règle absolue quant au délai dans lequel les symptômes du SRDC devraient se manifester. Concernant la période de latence maximale, le Tribunal fédéral a nié l'existence d'un rapport de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante entre un accident et un SRDC, dès lors que le délai de latence entre l'accident et l'apparition du SRDC était supérieure à une année. Bien que fondé sur l'ancienne brochure sur le SRDC, parue en 1998, ce délai maximum semble toujours pertinent (David IONTA, op. cit. p.12ss « Le SRDC sous l'angle de l'assurance accidents »).

Fort des considérations qui précèdent, la question pourrait se poser de savoir, conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, si en dépit du principe selon lequel le juge doit apprécier la légalité d'une décision sur la base de l'état de fait existant au moment où elle a été rendue, l'on devrait au contraire considérer que les rapports médicaux faisant état d'un diagnostic de SRDC posé après qu'ait été rendue la décision entreprise, devraient être pris en considération dans la mesure où ils auraient trait à la situation antérieure à cette date.

Tel n'est toutefois pas le cas en l'espèce, pour les raisons suivantes.

Le diagnostic de SRDC avait dans un premier temps, soit au printemps 2017, été évoqué, comme contre-indiquant une bursectomie. Il avait toutefois été expressément exclu au printemps 2018, dans le cadre d'une consultation spécialisée aux HUG, ce qui avait levé l'obstacle à l'intervention chirurgicale susmentionnée, celle-ci ayant été pratiquée le 17 avril 2018.

Par la suite, et après qu'ait été rendue la décision entreprise, il avait été évoqué dans un rapport du 4 octobre 2019, soit près de 18 mois après l'opération, comme l'a expressément relevé la Dresse M_____ dans son appréciation médicale, ceci après avoir rappelé les conditions de reconnaissance d'un tel diagnostic en lien avec l'accident. Il en résultait qu'on ne saurait retenir que l'incapacité de travailler et la nécessité de soins perdurerait depuis le 25 février 2019 en raison d'un SRDC.

Dès lors, au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère que même si l'on pouvait admettre que le diagnostic de SRDC posé par le Prof. L_____ le 3 octobre 2019 était avéré, il devrait faire l'objet d'une nouvelle demande et d'une nouvelle décision administrative, étant relevé au passage que le rapport de ce médecin indiquait de manière lapidaire que les critères de Budapest seraient présents, sans expressément dire lesquels, ce qui paraît insuffisant pour admettre un tel diagnostic, la chambre de céans laissant la question ouverte, dès lors qu'elle n'a pas à entrer en matière pour les raisons exposées.

Ceci dit, comme le relèvent encore la doctrine citée et la jurisprudence, il n’est pas déterminant pour l’appréciation de la capacité de travail de savoir si l’on est en présence d’un SDRC de type I (sans lésion nerveuse périphérique identifiée) ou de type II (dans lequel les symptômes sont associés à une lésion nerveuse définissable); il s'agit bien plutôt de déterminer les effets fonctionnels de ce trouble (David IONTA, op. cit. p.12 c. note 46 et réf. citée [arrêt du Tribunal fédéral 8C_277/2020 du 17 août 2020]); ce qui en l'état du dossier ne paraît pas acquis, et encore moins au moment où la décision entreprise a été rendue.

15. Le recourant estime encore que vu l'existence possible d'une lésion durable, la question de son droit à une IPAI, voire à une rente LAA, devait en l'état rester suspendue; sinon la décision entreprise devait être annulée en tant qu'elle niait le droit du recourant à une IPAI. Au vu de ce qui précède, sous réserve de ce qui a été dit au sujet du SRDC, au vu de l'évolution de l'état de santé, telle que décrite par les divers médecins ayant eu à connaître du cas - y compris le Dr D_____ -, et les déclarations même du recourant devant la chambre de céans, commentées et appréciées ci-dessus, montrant que l'état de santé va en s'améliorant, la CJCAS estime que l'on ne peut retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une lésion durable.

16. Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de procéder à des investigations supplémentaires.

    Ainsi, la décision entreprise n'apparaît pas critiquable.

17. Le recours est dès lors rejeté.

18. 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	Le président
Véronique SERAIN	Mario-Dominique TORELLO

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