

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2392/2018

ATAS/310/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 avril 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A _____, domicilié à ONEX

recourant

contre

SUVA CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1989, a travaillé dès le 1^{er} janvier 2016 comme chauffeur-livreur. À ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après : la SUVA ou l'intimée).
2. Le 7 octobre 2016, par l'intermédiaire de son ex-employeur, l'assuré a signalé à la SUVA avoir été victime d'un accident. Invité par la SUVA à remplir un questionnaire, il a déclaré avoir glissé et être « tombé avec [son] genou droit » en sortant de la douche le 28 septembre 2016. Le lendemain, il avait consulté le centre médico-chirurgical Vermont-Grand-Pré.
3. L'assuré a été licencié le 31 octobre 2016.
4. Par courrier du 1^{er} novembre 2016, l'employeur a fait part à la SUVA de ses doutes au sujet de l'accident déclaré par l'assuré.
5. Dans un rapport initial du 1^{er} novembre 2016, le docteur B_____, du centre médico-chirurgical Vermont-Grand-Pré, a diagnostiqué une contusion du genou. Souffrant d'une tuméfaction et de douleurs au genou après avoir chuté dans sa salle de bain, l'assuré demeurait totalement incapable de travailler.

Le médecin a joint un bilan d'imagerie par résonance magnétique du genou droit, rédigé le 6 octobre 2016 par le docteur C_____, radiologue, concluant à un discret clivage horizontal de la corne postérieure du ménisque interne (lésion de grade II).

6. L'assureur a pris en charge les suites de l'accident, notamment par le versement d'indemnités journalières.
7. À la demande de la SUVA, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré le 28 novembre 2016. Les imageries réalisées après l'accident n'avaient montré qu'une lésion de grade II de la corne postérieure du ménisque interne, sans lésion osseuse ou ligamentaire. Subjectivement, l'assuré déplorait toujours de fortes douleurs de la face interne du genou droit, y compris la nuit. Il ne pouvait que difficilement mettre du poids sur sa jambe droite. Objectivement, le genou droit était plus froid que le gauche, mais il n'y avait pas d'amyotrophie significative du mollet ou de la cuisse. Ce tableau clinique évoquait un possible syndrome douloureux régional complexe, que le Dr D_____ préconisait de traiter au plus vite par le biais d'une hospitalisation à la Clinique romande de réadaptation de Sion (ci-après : la CRR).
8. L'assuré a effectué un premier séjour à la CRR du 25 janvier au 15 février 2017. Dans leur rapport, les docteurs E_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et F_____, médecin-assistant, ont retenu les diagnostics suivants : thérapies physiques et fonctionnelles pour douleurs et limitations fonctionnelles du genou droit ; traumatisme du genou droit le 28 septembre 2016,

avec lésion de la corne postérieure du ménisque interne ; suspicion de syndrome douloureux régional complexe. Le traumatisme du genou droit qu'avait subi l'assuré avait entraîné une lésion du ménisque interne. L'assuré se plaignait de douleurs constantes du genou, lesquelles n'étaient que partiellement soulagées par les médicaments. Durant le séjour, aucune psychopathologie n'avait été diagnostiquée. Quelques symptômes compatibles avec un syndrome douloureux régional complexe avaient été observés, mais l'œdème et les troubles vasomoteurs ainsi que sudomoteurs n'étaient que légers. Il fallait au demeurant interpréter ces symptômes avec prudence, car le contexte psycho-social était défavorable : sans emploi ni formation certifiée, l'assuré faisait face à des problèmes financiers, à savoir un litige contre son employeur et des poursuites. Si son comportement était cohérent, sa participation aux thérapies avait été jugée faible, car il s'était montré très focalisé sur sa douleur et avait souvent été absent lors des thérapies de groupe. La situation n'était pas encore médicalement stabilisée, mais devait l'être dans un délai de trois mois. Le pronostic de réinsertion dans l'activité antérieure était favorable et un deuxième séjour à la CRR était préconisé, si la prise en charge ambulatoire ne permettait pas une amélioration satisfaisante.

9. Invités par la SUVA à compléter des rapports, les médecins de l'assuré se sont déterminés comme suit :
 - a. Le 15 mars 2017, le Dr B_____ a confirmé une raideur persistante du genou, un état stable et un pronostic réservé.
 - b. Le 13 mai 2017, le docteur G_____, médecin interne, a indiqué que la mobilité du genou était améliorée, mais qu'il subsistait des douleurs du condyle médial interne et un « stress en valgus légèrement douloureux ». L'assuré poursuivait sa physiothérapie et l'infiltration qu'il avait récemment subie améliorait légèrement sa symptomatologie.
 - c. Le 10 août 2017, le docteur H_____, du département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a lui aussi formulé un pronostic réservé. Il a toutefois répondu « a priori non » à la question de savoir s'il fallait s'attendre à la persistance d'un problème s'agissant de la reprise du travail.
10. Une nouvelle imagerie par résonance magnétique du genou droit a été réalisée le 7 avril 2017 par le docteur I_____, radiologue, laquelle a mis en évidence de minimes signes d'un status après entorse de stade II du ligament collatéral interne, une vascularisation très proéminente de la graisse de Hoffa, une petite excroissance osseuse et un aspect irrégulier du tendon rotulien distal, traduisant des signes de tendinopathie.
11. Le docteur J_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assuré le 19 septembre 2017. L'évolution du cas était défavorable, puisqu'en raison de douleurs alléguées et d'une mobilité limitée du genou droit, l'assuré n'avait pas été en mesure de reprendre son activité professionnelle. Toutefois, si subjectivement,

l'intéressé se plaignait de douleurs limitant sa capacité fonctionnelle, il n'y avait pas, au plan clinique, d'anomalie ligamentaire ou méniscale du genou droit. L'assuré craignait la douleur, ce qui l'empêchait, selon ses dires, de parvenir à une flexion-extension complète. Le médecin d'arrondissement ne retenait pas le diagnostic de syndrome douloureux régional complexe qui avait été évoqué, faute de symptôme ou de signe clinique en ce sens. Il précisait ne disposer d'aucune explication permettant de comprendre la limitation de la mobilité du genou droit et se disait surpris de constater une absence d'amyotrophie, compte tenu du fait que l'assuré disait ne pas utiliser du tout son genou droit pour se mouvoir quotidiennement. Du reste, les cannes qu'il avait apportées étaient en excellent état et ne présentaient pas de signe d'usure correspondant à trois semaines d'utilisation. Le médecin d'arrondissement précisait avoir discuté par téléphone avec le Dr H_____ ; il était ressorti de cette discussion que les douleurs dont se plaignait l'assuré étaient effectivement inexplicables.

12. L'assuré a effectué un second séjour à la CRR du 13 décembre 2017 au 9 janvier 2018. Dans leur rapport, les docteurs K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et L_____, médecin-assistant, ont exposé que les examens radiologiques étaient normaux et qu'il était difficile de retenir un diagnostic susceptible de rendre compte du tableau clinique et de l'importance des limitations fonctionnelles. Les médecins avaient identifié des facteurs contextuels susceptibles d'influencer les plaintes et les limitations, tels qu'une focalisation très importante sur la douleur, une perception du handicap fonctionnel sans commune mesure avec les éléments objectifs et des peurs disproportionnées concernant le genou. L'évolution était non significative, voire en péjoration, sans que des éléments objectifs ne puissent l'expliquer. La participation de l'assuré aux thérapies avait été jugée faible et toute tentative de réadaptation avait été rendue impossible par la douleur, malgré les explications qui lui avaient été données au sujet de la douleur chronique. S'il n'y avait pas clairement d'incohérence, puisque le tableau clinique était resté similaire pendant le séjour, les plaintes de l'assuré paraissaient hors de proportion avec les éléments observables. En outre, il était curieux que la radiographie comparative ne montre pas d'asymétrie de déminéralisation, en lien avec la décharge prolongée du membre inférieur que signalait l'intéressé. Il était également surprenant qu'il n'y ait pas d'amyotrophie significative, pour une personne n'exploitant pas son membre inférieur. Lors du test de port de charges, l'assuré n'avait livré qu'une performance « légère », marquée par plusieurs arrêts pour des douleurs suivis de longues pauses, avec une vitesse d'exécution globalement très inférieure à la norme. Lorsqu'il avait été pris en charge aux ateliers professionnels, il n'avait fait preuve que d'un engagement médiocre, quand bien même les activités qui lui avaient été confiées n'étaient que très légères et limitées à deux heures. Très démonstratif, ses performances étaient largement inférieures à la moyenne, y compris dans des activités ne sollicitant que les membres supérieurs. Il était difficile de retenir des limitations fonctionnelles reposant sur des éléments médicaux objectifs, mais si l'on tenait compte des

douleurs invoquées, il paraissait clair que l'assuré ne pourrait travailler que dans une activité sédentaire, essentiellement légère et n'impliquant que peu de déplacements. La situation était jugée médicalement stabilisée, car aucun traitement ne paraissait susceptible d'améliorer durablement la situation. Le pronostic de réinsertion était défavorable, mais cela résultait essentiellement de facteurs « environnementaux ». Une réévaluation par le médecin d'arrondissement de la SUVA était préconisée.

13. Dans un rapport du 24 janvier 2018, les médecins de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG ont indiqué que l'assuré présentait toujours des douleurs chroniques mixtes du genou droit, avec une possible composante neurogène. Il marchait avec des cannes et boitait légèrement. Son genou, qui ne présentait ni tuméfaction, ni décoloration était douloureux lorsqu'il était mobilisé ou touché. L'assuré poursuivait la physiothérapie, mais ne voyait pas d'amélioration. Depuis deux mois, il se plaignait également de douleurs lombaires.
14. Le docteur M_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a procédé à un examen final le 21 février 2018. Pratiquement seize mois après l'événement, le tableau demeurait sensiblement identique. Les allégations « variables » de douleurs et le flexum, qui était plutôt en amélioration, montraient que le cas était stabilisé. Si l'assuré n'avait pas vu de psychiatre, selon les HUG, il avait néanmoins bénéficié d'une évaluation psychothérapeutique lors de son premier séjour à Sion et aucun problème n'avait été relevé à ce niveau. Comme cela avait été constaté par la CRR, l'intéressé était capable de se déplacer et donc de se rendre à un travail qui serait exercé en position assise et ne nécessiterait pas l'usage du membre inférieur. Par ailleurs, il ressortait du dossier un ensemble d'éléments troublants, qui contrastait avec ce que l'on retrouvait usuellement dans des situations similaires : seize mois de décharge ne pouvaient avoir induit une résorption calcique visible sur le « plan ostéo-articulaire d'involution osseuse bien classique, avec une amyotrophie musculaire du membre inférieur [...] et bien souvent des troubles végétatifs du MI neuro-lymphatiques très supérieurs à ceux allégués ou même retrouvés de façon objective ». Ces éléments devaient être pris en compte dans l'évaluation finale des capacités de l'assuré, dont l'état était stabilisé.
15. Par courrier du 11 avril 2018, la SUVA a informé l'assuré qu'elle mettait un terme à la prise en charge des soins et des indemnités journalières, dans la mesure où la situation était médicalement stabilisée. Elle l'a enjoint à faire valoir ses droits auprès de l'assurance-chômage.
16. Le 18 avril 2018, l'assuré a répondu qu'il était toujours incapable de travailler, comme en témoignaient les certificats établis par ses médecins, et ne pouvait donc pas s'inscrire auprès de l'assurance-chômage.
17. Par décision du 3 mai 2018, la SUVA a refusé d'accorder à l'assuré une rente de l'assurance-accidents, considérant qu'il était apte, malgré ses séquelles accidentelles, à exercer à 100% une profession adaptée à son état de santé. Le

revenu d'invalidé qu'il pourrait réaliser dans une telle profession étant supérieur à celui qu'il aurait perçu sans accident, il ne subissait aucune perte de gain, ce qui excluait son droit à une rente. Si son état de santé nécessitait une reprise du traitement médical, il pouvait l'annoncer à la SUVA.

18. Par l'intermédiaire du Parti du travail, l'assuré a formé opposition contre cette décision le 30 mai 2018, en produisant notamment les pièces suivantes :
- un rapport de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG du 11 avril 2018. L'assuré poursuivait ses séances de physiothérapie et jugeait le traitement efficace. Par ailleurs, il ne présentait pas de symptômes dépressifs. Il avait été enjoint à envisager une réadaptation, étant donné que la reprise d'une activité de chauffeur semblait difficilement envisageable ;
 - un courrier du physiothérapeute de l'assuré, daté du 9 mai 2018. Depuis le début de la prise en charge, en novembre 2016, les douleurs du genou droit n'avaient que peu évolué. Les douleurs fluctuaient et le genou continuait à gonfler de manière aléatoire, ainsi qu'à changer de couleur. Les douleurs faisaient adopter à l'assuré des « attitudes vicieuses », engendrant des raccourcissements musculaires et des douleurs lombaires. Il subsistait un flexum d'environ 20° et une flexion limitée à 90°. Durant les séances, tous les traitements à disposition avaient été tentés, mais les seuls permettant d'atténuer la douleur étaient la balnéothérapie et la cryothérapie. Le patient participait activement aux séances et chez lui, il pratiquait autant que possible ses exercices de mobilisation et de posture. Afin de prévenir une augmentation des douleurs et de maintenir la capacité fonctionnelle, la poursuite de la physiothérapie était préconisée ;
 - un certificat d'arrêt de travail émanant du centre médico-chirurgical Vermont-Grand-Pré, concernant la période du 13 mai au 13 juin 2018.
19. Par courrier du 6 juin 2018, le Dr H_____ a protesté contre la décision du 3 mai 2018. L'assuré souffrait toujours d'une douleur chronique du genou droit. Le soutien psychologique et un traitement modifiant le seuil de la douleur faisaient partie des thérapies reconnues pour toute douleur chronique. Le patient présentait clairement des troubles de la latéralité, de la proprioception et du « recrutement » au niveau du quadriceps, avec une amyotrophie importante. Des traitements par Duloxetine, électro-stimulation transcutanée et physiothérapie classique avaient été tentés, en vain. Le médecin invitait la SUVA à prendre en charge un soutien psychologique et une médication modifiant le seuil de la douleur, l'assuré étant toujours en arrêt de travail dans sa profession de manutentionnaire.
20. Par décision du 12 juin 2018, la SUVA a rejeté l'opposition. Selon son médecin d'arrondissement, la situation était désormais stabilisée et l'assuré était en mesure de travailler en position statique assise. De surcroît, il ressortait du dossier un ensemble d'éléments troublants, qui contrastait avec ce que l'on retrouvait usuellement dans des situations analogues. Le rapport du physiothérapeute et les

arrêts de travail dont se prévalait l'assuré ne lui étaient d'aucun secours. Par ailleurs, les spécialistes de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG avaient fait état de douleurs du genou d'origine indéterminée et selon la jurisprudence, la question de la causalité naturelle entre un accident et des plaintes inexpliquées sur le plan organique pouvait demeurer indécise si le lien de causalité adéquate faisait défaut. En l'occurrence, l'assuré n'ayant été victime que d'un accident banal, la causalité adéquate et partant la responsabilité de la SUVA pour les douleurs inexpliquées dont il se plaignait devait être niée. Le revenu d'invalidé que l'on pouvait exiger de lui (CHF 67'859.50) étant supérieur à celui qu'il aurait réalisé sans accident (CHF 46'620.-), il n'y avait pas de perte de gain. C'était à bon droit que la SUVA avait mis un terme, le 31 mars 2018, aux indemnités journalières, respectivement à la prise en charge du traitement, et qu'elle avait refusé le versement d'une rente d'invalidité.

21. Par acte du 11 juillet 2018, l'assuré a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS) d'un recours contre cette décision, arguant que depuis son accident, son état de santé ne s'était pas amélioré mais péjoré, malgré les soins qui lui avaient été prodigués. De plus, aucune mesure de réinsertion professionnelle ne lui avait été proposée. Il a notamment joint :

- un rapport de radiographie des deux genoux établi le 18 décembre 2017 par le docteur N_____, radiologue, faisant état d'une calcification arrondie de 4 mm et pour le reste, de structures normales ;
- un rapport rédigé le 4 juin 2018 par la doctoresse O_____, du service de médecine de premier recours des HUG : « tuméfaction légère du genou droit, sans chaleur. Érythème léger. Douleurs à la mobilisation (LLI et LLE) chroniques, sans limitation [...]. Gonalgies droites à répétition, non soulagées depuis hier après-midi, post-traumatisme depuis deux ans » ;
- un courrier adressé le 13 juin 2018 par le Dr B_____ au professeur P_____, du service d'orthopédie des HUG : « [...] on avoisine deux ans depuis l'accident et le patient a exactement la même symptomatologie : œdème du genou, genou qui gonfle, une raideur importante du genou avec une flexion d'environ 40°, position assise prolongée également douloureuse, marche en charge impossible. Il est toujours en décharge depuis deux ans. [...] Malheureusement, on se situe dans une impasse où le patient est toujours algique, très peu soulagé avec les médicaments. Heureusement, il n'est pas sous morphinique et on aimerait bien avoir votre avis sur cette symptomatologie ».

22. Dans sa réponse du 17 septembre 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. Il ressortait du rapport du Dr M_____ que malgré ses séquelles accidentelles, l'assuré pouvait se déplacer et exercer à plein temps une profession purement statique, en position assise, ne nécessitant pas l'usage du membre inférieur. Les autres rapports versés au dossier ne permettaient pas de s'écarter de cette appréciation, étant rappelé que lors du second séjour à la CRR, le périmètre de

marche était de 20-30 minutes. Il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement une amélioration notable de l'état de santé et le recourant échouait à démontrer le contraire. C'était dès lors à juste titre qu'elle avait mis fin au paiement des indemnités journalières, à la prise en charge des soins et qu'elle avait examiné le droit à une rente. C'était également à bon droit qu'elle avait refusé d'accorder cette rente, puisqu'il ne ressortait de la comparaison des revenus aucune perte de gain. S'agissant des gonalgies dont se plaignait l'assuré et dont l'origine demeurait indéterminée, la responsabilité de la SUVA n'était pas engagée, faute de lien de causalité adéquate entre ces troubles et l'accident banal dont il était question, à savoir une glissade en sortant de la douche. Enfin, dans le cadre d'une procédure en matière d'assurance-accidents, le recourant ne pouvait prétendre à l'octroi de mesures de réinsertion professionnelle, lesquelles étaient du ressort de l'assurance-invalidité.

23. Le recourant a répliqué le 1^{er} octobre 2018, persistant dans les termes de son recours et produisant les documents suivants :

- un rapport du 24 juillet 2018 émanant du docteur Q_____, chef de clinique auprès des HUG. Actuellement, l'assuré ne prenait pas de traitement. À l'examen clinique, son membre inférieur droit présentait un flexum antalgique de 30°, qui passait à 10° après cinq minutes de repos et d'extension passive douce. Un véritable testing ligamentaire était impossible et à l'issue de son examen clinique, le médecin avait constaté une coloration rouge du genou droit, ainsi qu'une tuméfaction des tissus mous. Il ne paraissait pas y avoir de raideur articulaire, mais plutôt une perte de mobilité d'origine antalgique. Les douleurs semblaient tout-à-fait crédibles, vu la symptomatologie de décoloration et de sudation. Un problème orthopédique, tel que le traumatisme subi en septembre 2016, ne semblait pas être à l'origine des douleurs. Selon l'examen clinique et les réactions des tissus mous, une algoneurodystrophie semblait être la cause la plus probable, bien que l'imagerie par résonance magnétique réalisée en 2017 ne montrait pas de signe correspondant. Une scintigraphie pourrait aider à déterminer le diagnostic, qui selon les rapports, demeurait très peu clair. Par ailleurs, une opération paraissait totalement contre-indiquée, puisqu'aucun problème structurel n'avait été mis en évidence par l'imagerie ;
- un nouveau certificat d'arrêt de travail pour cause de maladie, établi par le Dr B_____ pour le mois d'octobre 2018.

24. L'intimée a dupliqué le 23 octobre 2018, persistant dans ses conclusions tendant au rejet du recours. Le certificat établi par le Dr B_____ ne permettait pas de s'écarter de l'appréciation de ses médecins. Il en allait de même du rapport du Dr Q_____, puisqu'il ne se prononçait ni sur la capacité de travail, ni sur les limitations fonctionnelles, et qu'il ne préconisait aucun traitement. Les troubles allégués par l'assuré ne s'opposaient pas au constat d'un état de santé stabilisé et à la négation de son droit à une rente d'invalidité, étant précisé que la jurisprudence

récente reconnaissait l'uniformité de la question du droit à la rente et celle de la fin des prestations temporaires.

25. Le 30 octobre 2018, le recourant a transmis à la CJCAS un nouveau certificat d'arrêt de travail pour cause de maladie établi par le Dr B_____.
26. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).
3. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

En l'espèce, au vu de la décision attaquée et du recours, sont litigieuses les questions de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin à la prise en charge du traitement médical et à refuser d'accorder à l'assuré une rente d'invalidité.

4. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel ou non professionnel. 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).
- 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 et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références; ATF 119 V 335 consid. 1).

c. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

d. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

e. Selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité (par ex. une chute banale) et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Il convient, aux fins de procéder à une classification des accidents de nature à entraîner des troubles psychiques, non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6).

5. Conformément à l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à cette indemnité naît le troisième jour qui suit l'accident. Il 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 (al. 2).

Aux termes de l'art. 10 al. 1 let. a et b LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment : au traitement ambulatoire dispensé par le médecin ou, sur prescription de ce dernier, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin.

La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accident, du traitement médical ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires. À teneur de cette disposition, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). La naissance du droit à la rente supprime ainsi le traitement médical au sens de l'art. 10, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.1 ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances U.305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1 et U.391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a), étant précisé que le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c).

Le droit au traitement médical 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 (134 V 109 consid. 4.1 ; ATF 133 V 57 consid. 6.6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009).

Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten » ; « un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orienté vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109, consid. 4.3 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1).

La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante ; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration. En revanche, il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (par exemple une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4).

-
6. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA).

7. a. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).
- b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible. C'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 p. 224 et la référence).
- c. S'agissant du revenu d'invalide, il doit aussi être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère qu'il peut être évalué sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75, consid. 3b), singulièrement à la lumière de celles figurant dans l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), publiée par l'office fédéral de la statistique (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa), ou des données salariales résultant des descriptions de postes de travail (DPT). Dans la première hypothèse, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa).
- d. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

8. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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

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).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus

probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

10. En l'espèce, la décision attaquée, fondée sur les deux rapports de la CRR et celui du Dr M_____ met un terme à la prise en charge du traitement médical et des indemnités journalières avec effet au 31 mars 2018. Elle retient par ailleurs qu'en dépit de ses séquelles accidentelles, l'assuré est pleinement capable d'occuper dans différents secteurs de l'industrie une profession sédentaire, exercée en position assise. Comme le revenu exigible de sa part dans une telle activité est supérieur à celui qu'il aurait perçu sans accident, l'assuré ne subit pas de perte de gain et n'a donc pas droit à une rente d'invalidité.
11. En premier lieu, il convient d'examiner si l'intimée était fondée à mettre fin à la prise en charge du traitement médical.

Comme cela a été précédemment exposé (cf. consid. 5), le droit au traitement médical cesse lorsqu'il n'y a plus lieu d'en attendre une sensible amélioration de l'état de santé, ce par quoi il faut comprendre la capacité de travail. L'amélioration doit être « sensible », c'est-à-dire d'une certaine importance.

En l'occurrence, il ressort du second rapport de la CRR, daté du 23 janvier 2018, que l'intéressé est médicalement capable d'exercer une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les médecins de la CRR ont jugé le cas médicalement stabilisé, dans la mesure où aucun traitement ne leur paraissait susceptible d'améliorer durablement cette situation. Ils ont précisé : « dans l'attente de l'évaluation du dossier par la SUVA et pour ne pas abruptement interrompre le traitement ambulatoire de physiothérapie, une série de neuf séances a été prolongée. Mais il est clair, au vu de l'évolution et des observations, qu'il n'y a pas grand-chose à attendre de cela. Nous proposons donc d'arrêter par la suite cette prise en charge ». Se ralliant à cette appréciation, le Dr M_____, dans son rapport final du 22 février 2018, a également considéré que l'état de santé était stabilisé.

Il est vrai que le Dr H_____ a préconisé la prise en charge par l'assurance-accidents d'un soutien psychologique et d'une médication modifiant le seuil de la douleur. Ce médecin n'a toutefois pas rendu vraisemblable, ni même allégué, que les traitements qu'il recommandait étaient susceptibles de jouer un rôle, a fortiori sensible, sur la capacité de travail du recourant. S'agissant plus particulièrement du soutien psychologique, c'est le lieu de relever qu'un lien de causalité adéquate entre l'accident et des troubles d'ordre psychique doit être d'emblée nié en présence d'un accident de peu de gravité, ce qui est le cas en l'espèce, puisque le recourant a subi une simple chute de hauteur d'homme, n'ayant eu comme conséquence immédiate qu'une contusion et une lésion méniscale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 330/00 du 14 mai 2002 consid. 3). Quant au physiothérapeute de l'assuré, il s'est borné à indiquer que mettre fin au traitement

pourrait augmenter les douleurs de son patient. Or, selon la jurisprudence, il n'appartient pas à l'assureur-accidents de prendre en charge un traitement qui ne fait que soulager momentanément une symptomatologie occasionnée par un état de santé stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4).

En définitive, dès lors que l'état de santé du recourant est stabilisé et qu'il n'est pas établi au degré de vraisemblance requis que la poursuite du traitement médical permettrait d'améliorer sensiblement sa capacité de travail, c'est à juste titre que l'intimée a cessé de le prendre en charge avec effet au 31 mars 2018.

12. En second lieu, il sied de se prononcer sur la capacité de travail du recourant et, pour ce faire, d'examiner la valeur probante des rapports versés au dossier.

a. La chambre de céans constate que les rapports de la CRR et du médecin d'arrondissement de la SUVA se rejoignent, en ce sens qu'ils parviennent à la conclusion unanime que le recourant pourrait exercer une activité professionnelle sédentaire, réalisée en position assise et ne nécessitant pas l'usage de la jambe droite. Ces rapports ont été établis en pleine connaissance du dossier, relatent les plaintes de l'intéressé, reposent sur des examens cliniques complets et leurs conclusions sont motivées, de sorte qu'ils satisfont aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

De ces rapports, il ressort que le recourant est capable de se déplacer, à tout le moins avec des béquilles. Son périmètre de marche est compris entre 20 et 30 minutes, selon la CRR. La conservation de la musculature du mollet et de la cuisse est bonne, sans amyotrophie observable. Par ailleurs, selon la CRR et le médecin d'arrondissement, il existe une nette discordance entre ses plaintes et les résultats des examens cliniques. Dans ce contexte, on ne voit pas que le recourant, qui est encore jeune, soit empêché d'exercer une activité sédentaire légère, épargnant sa jambe droite. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, il faut plutôt admettre qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées à ses problèmes de genou (arrêt du Tribunal fédéral 8C_226/2018 du 30 janvier 2019 consid. 4.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 259/04 du 7 juillet 2015 consid. 6.1).

Certes, les médecins de la CRR ont jugé « défavorable » le pronostic d'une réinsertion professionnelle. Ils ont néanmoins précisé que cela résultait essentiellement de facteurs extra-médicaux, tels qu'une focalisation excessive sur la douleur, une sous-estimation par l'intéressé de ses capacités et un contexte socio-professionnel précaire, caractérisé par une absence de formation et des problèmes financiers (litige avec l'ex-employeur et poursuites). Or, de jurisprudence constante, l'assurance-accidents n'a pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'une atteinte à la santé, tels qu'un manque de formation, par exemple (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 388/01 du 2 décembre 2002 consid. 2.2).

b. On ne trouve dans le dossier aucune pièce médicale qui contredirait l'exigibilité d'une activité adaptée, telle que décrite par les médecins de la CRR et par le médecin d'arrondissement. Les rapports succincts établis par les médecins du recourant ne discutent pas l'exigibilité d'une telle activité, dont rien ne permet au demeurant de penser qu'elle serait contraindiquée. C'est le lieu de relever que dans un premier rapport (août 2017), le Dr H_____ a répondu « a priori non » à la question de savoir s'il fallait s'attendre à la persistance d'un problème entravant la reprise du travail, avant de requérir, dans un rapport subséquent (juin 2018), la prise en charge d'un soutien psychologique et d'une médication antalgique, mais sans discuter la capacité de travail du recourant, en particulier dans une activité adaptée. Pour sa part, le Dr G_____ a inscrit « arrêts de travail non documentés » dans la partie du rapport intermédiaire de la SUVA consacrée à la reprise du travail. Quant au Dr B_____, il s'est limité à indiquer que l'on pouvait s'attendre à ce qu'une raideur du genou persiste à l'avenir, sans autre précision. Il est vrai que ce médecin a transmis à la SUVA plusieurs certificats d'arrêt de travail, mais ceux-ci se rapportent de toute évidence à l'activité antérieure de chauffeur-livreur et non à d'autres professions, potentiellement mieux adaptées aux limitations fonctionnelles du recourant. Enfin, il convient de relever que dans leur rapport (avril 2018), les médecins de la consultation ambulatoire de la douleur des HUG ont précisément enjoint l'intéressé à envisager une réadaptation professionnelle.

c. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans retient avec l'intimée, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le recourant est pleinement capable d'exercer une profession adaptée à ses limitations fonctionnelles.

13. Compte tenu de l'activité de substitution exigible du recourant dans un emploi adapté, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les hommes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 1) dans le secteur privé, comme l'a retenu à bon droit l'intimée, soit CHF 64'080.- (CHF 5'340.- x 12 ; ESS 2014, TA1_skill_level, ligne « total »). Étant donné que les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41.7 heures par semaine ; office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 66'803.- (CHF 64'080.- x 41.7 / 40), puis à CHF 67'675.- une fois indexé à 2017 selon l'évolution des salaires en termes nominaux, étant précisé que les statistiques pour l'année 2018 n'ont pas encore été publiées (de 2014 à 2017, l'indice est passé de 2'220 à 2'249 ; soit CHF 66'803.- x 2'249 / 2'220). Le revenu d'invalidé s'élève donc à CHF 67'675.-. Même si l'on voulait retrancher de ce montant un abattement de 25%, soit le taux maximal admis par la jurisprudence - malgré le fait que les circonstances ne justifient de toute évidence pas l'application d'un taux aussi élevé -, le revenu d'invalidé s'élèverait encore à CHF 50'756.-.

Le revenu d'invalidé que le recourant pourrait réaliser malgré ses troubles du genou est donc en toute hypothèse supérieur au salaire sans invalidité qu'il aurait perçu sans accident, soit un montant incontesté de CHF 46'620.-. Il n'en résulte aucune perte de gain. Partant, c'est à juste titre que l'intimée lui a refusé l'octroi d'une rente de l'assurance-accidents.

14. Le recours est rejeté.

15. La procédure est gratuite (art. 89H al. 4 LPA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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