



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3136/2019

ATAS/631/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 3 août 2020**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié chez B\_\_\_\_\_, à Cran-Gevrier,  
France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître  
Emilie CONTI MOREL

recourant

contre

SUVA - CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN  
CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, Lucerne, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Jeanne-Marie  
MONNEY

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1980, a travaillé pour C\_\_\_\_\_ (ci-après l'employeur) en qualité d'agent commercial dès le 13 juillet 2015. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la Suva ou l'intimée).
2. Le 29 décembre 2015, pendant une séance de sport, le genou de l'assuré a craqué lors de la réception au sol après un saut.  
  
Le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une lésion du ligament croisé antérieur et du ménisque médial. Il a établi un arrêt de travail total dès cette date.
3. Une IRM du genou droit du 12 avril 2016 a révélé une rupture complète du ligament croisé antérieur, et une fissure verticale longitudinale de la corne postérieure étendue à la jonction corne postérieure - segment moyen du ménisque médial.
4. Le 29 avril 2016, l'assuré a subi une ménisectomie partielle sous arthroscopie.
5. Dans un rapport du 22 juin 2016, le docteur E\_\_\_\_\_, chirurgien, a indiqué que les suites de l'arthroscopie étaient un peu houleuses, avec un épanchement, des douleurs persistantes et une notion d'instabilité. Il était trop tôt pour que l'assuré reprenne son activité professionnelle, car elle impliquait de monter sur les toits. Il fallait un genou stable pour éviter un traumatisme plus important.
6. L'assuré a eu un entretien avec la Suva en date du 23 juin 2016. Il a notamment exposé qu'il consacrait 60 % de son temps de travail aux déplacements en voiture auprès de la clientèle (prospection, visites sur les chantiers), 20 à 30 % aux entretiens, et environ 10 % aux tâches de bureau. Lorsqu'il était sur les chantiers, il devait régulièrement se rendre sur les toits pour y prendre des mesures.
7. Une scintigraphie osseuse du 29 juin 2016 a révélé un aspect très évocateur d'algodystrophie en phase chaude à intermédiaire.
8. Dans son avis du 12 juillet 2016, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a admis un lien de causalité entre la lésion assimilée à un accident et l'intervention chirurgicale du 29 avril 2016.
9. Dans un rapport reçu en septembre 2016 par la Suva, la doctoresse G\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a posé les diagnostics d'entorse grave du genou droit et d'algoneurodystrophie secondaire en phase chaude, avec douleurs et œdème. L'impotence fonctionnelle était importante et ne permettait pas à l'assuré de reprendre le travail pour l'heure.
10. A la demande de la Suva, l'employeur a décrit le cahier des charges de l'assuré par courriel du 21 octobre 2016. Ce dernier avait pour tâches de développer le chiffre d'affaires sur l'ensemble du territoire suisse en prospectant de nouveaux clients ;

d'assurer le processus de vente de l'analyse à la signature ; de collaborer avec le bureau d'études sur les dossiers techniques ; et d'assurer les visites techniques en prenant toutes les informations nécessaires (mesures) pour établir le devis avec le matériel de sécurité fourni.

11. Dans un rapport du 6 décembre 2016, la Dresse G \_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics déjà posés. Les douleurs persistaient. L'assuré présentait une instabilité du genou avec une limitation du périmètre de marche. Il attendait un second avis orthopédique.
12. Le 13 janvier 2017, la Suva a eu un entretien avec l'assuré. Ce dernier a exposé qu'il souffrait toujours de douleurs au genou droit. Une nouvelle intervention était prévue. Il considérait qu'une reprise du travail à temps partiel, même à titre thérapeutique, n'était pas réaliste. En effet, il ne pouvait pas rester longtemps en position statique, la marche était difficile et il ne pouvait se déplacer en voiture. Il n'avait pas donné suite aux demandes de renseignement de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI), auquel la Suva avait annoncé le cas, car son médecin lui avait dit qu'il pourrait tôt ou tard reprendre son activité habituelle.
13. Par décision 20 février 2017, l'OAI a nié le droit aux prestations de l'assuré en raison d'un défaut de collaboration, ce dernier ne s'étant pas présenté aux convocations.
14. Le 7 mars 2017, l'assuré a subi une arthroscopie du genou droit avec une synovectomie antérieure.
15. Dans un certificat du 27 juin 2017, le Dr E \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait opéré l'assuré le 7 mars précédent. Il existait une synovite, mais surtout des lésions chondrales fémoro-tibiales internes, ainsi qu'une petite impaction antérieure du condyle interne en regard d'une lésion de la corne antérieure du ménisque interne, une petite tuméfaction au niveau du point d'arthroscopie antérieur, et une inflammation en regard du Hoffa. L'assuré n'avait jamais présenté de problème du genou droit avant le traumatisme du 29 décembre 2015. Il existait aussi une rupture du ligament croisé antérieur, actuellement en nourrice sur le croisé postérieur, qui demeurait laxé. Cette rupture était consécutive au traumatisme, à l'instar des lésions constatées à l'arthroscopie.
16. L'employeur a résilié les rapports de travail pour le 14 juillet 2017.
17. Lors d'un entretien du 31 août 2017 avec la Suva, l'assuré a déclaré que l'évolution était lentement favorable depuis la seconde intervention. Il avait encore des douleurs au genou droit, avec une boiterie à la marche. Il devait porter une attelle à l'extérieur. Au plan professionnel, il avait un certificat de sérigraphiste et avait travaillé dans ce domaine durant environ 5 ans, avant de devenir vendeur en jeux vidéo et sapeur-pompier volontaire. Il travaillait dans le domaine de l'énergie solaire depuis 2008. Il a confirmé la description de ses activités faite lors de l'entretien du 23 juin 2016, en précisant qu'il devait régulièrement se rendre sur les toits pour y prendre des mesures.

18. Dans un rapport établi en novembre 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une lésion du ligament croisé antérieur et méniscale ainsi que des douleurs péronéo-tibiales. Une instabilité persistait et l'assuré présentait une amyotrophie. Le traitement était médicamenteux, et des séances d'ostéopathie étaient prévues. On pouvait espérer une diminution des douleurs grâce à la physiothérapie régulière et à la récupération d'un bon capital musculaire.
19. L'assuré a été examiné par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, en date du 6 février 2018. Ce médecin a résumé le dossier et ses constatations cliniques, avant d'examiner les documents radiologiques. Il a diagnostiqué une entorse grave du genou droit avec lésion du ligament croisé antérieur et du ménisque interne (suspicion de lésion de la capsule postéro-externe), un status post-entorse de la cheville droite et deux arthroscopies en 2011, une algoneurodystrophie du genou droit, et une atrophie musculaire du membre inférieur droit de l'ordre de 2 cm. L'évolution était défavorable. L'assuré se plaignait actuellement d'un périmètre de marche limité et d'une difficulté à conduire plus d'une heure. L'examen clinique mettait en évidence une instabilité antérieure sur insuffisance du ligament croisé antérieur. Il existait un doute au niveau du compartiment postéro-latéral, la palpation de la zone fibulaire proximale était extrêmement douloureuse et il n'y avait pas de laxité latérale franche objectivée. L'IRM mettait en évidence une atteinte fraîche du genou droit avec atteinte du ligament croisé antérieur et contusion osseuse postéro-latérale. Devant cette évolution défavorable avec hyperlaxité asymétrique pathologique et *pivot shift*, l'indication à une plastie reconstructrice du ligament croisé antérieur se posait malgré les antécédents d'algoneurodystrophie. Le Dr H\_\_\_\_\_ proposait une consultation auprès de la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour avis et prise en charge si nécessaire. L'incapacité de travail était encore justifiée.
20. Dans un rapport du 16 mars 2018, la Dresse I\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une déchirure du ligament croisé antérieur et une laxité rotatoire du genou droit. Le ligament croisé antérieur n'avait pas été reconstruit lors des deux interventions, car il était en nourrice sur le ligament croisé postérieur. Des douleurs postéro-latérales subsistaient et le pronostic était incertain.
21. Le 28 avril 2018, la Dresse I\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics posés, précisant qu'il y avait une distension du point d'angle postéro-externe et une désinsertion du ménisque externe. Les douleurs persistaient, avec une incapacité à reprendre le travail. Une opération consistant à réinsérer le ménisque externe et retendre le point d'angle postéro-externe avait été proposée à l'assuré. Le ligament croisé antérieur serait traité de manière conservatrice. L'assuré allait réfléchir à cette proposition. La reprise du travail dépendrait des suites opératoires. Le traitement post-opératoire consisterait en physiothérapie et devrait durer quatre mois.
22. Le 1<sup>er</sup> mai 2018, le Dr H\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur l'intervention proposée par la Dresse I\_\_\_\_\_, qu'il considérait raisonnable. Le résultat n'était pas garanti mais

une certaine stabilité était attendue. Un séjour à la Clinique romande de réadaptation (CRR) devait être prévu en cas d'intervention.

23. Le 26 juillet 2018, l'assuré a subi une arthroscopie du genou droit avec réinsertion du ménisque externe et retension du point d'angle postéro-externe, pratiquée par la Dresse I\_\_\_\_\_.
24. Dans son rapport du 23 août 2018, la Dresse I\_\_\_\_\_ a mentionné un status post-réinsertion du ménisque externe et retension du point d'angle postéro-externe du genou droit. L'évolution était lentement favorable. Le pronostic était réservé. Il existait un risque de récurrence d'algodystrophie. La reprise du travail devait être réévaluée, et un travail moins physique devrait être privilégié.

Ce médecin a attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 11 novembre 2018.

25. Le 31 décembre 2018, la Dresse I\_\_\_\_\_ a signalé une évolution lentement favorable, avec des douleurs aiguës intermittentes et une amyotrophie majeure du quadriceps. Le pronostic était réservé. Un travail plus approprié était nécessaire, l'assuré ne pouvant monter sur les toits et sur les échelles ou conduire longtemps. Des douleurs chroniques étaient probables.
26. L'assuré a séjourné à la CRR du 20 février au 13 mars 2019. Dans leur rapport du 20 mars suivant, les docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et K\_\_\_\_\_, médecin assistant, ont posé les diagnostics de traumatisme du genou droit, de rupture du ligament croisé antérieur et fissure postérieure verticale du ménisque interne ; de lésion du ménisque externe droit ; de signes compatibles avec une petite insertionite distale du biceps fémoral droit ; et d'algodystrophie du genou droit en 2016, actuellement guérie. A l'entrée, les plaintes de l'assuré relevaient de douleurs de la face externe du genou droit, plus localisées sur la tête du péroné, constantes et insomniantes. Elles étaient aggravées par les changements de position, surtout en rotation. L'assuré avait des fourmillements sur la face antérieure du genou, sans hyperesthésie, avec apparition parfois d'un œdème, de chaleur et de rougeur locale, surtout après les efforts. Il signalait également une perte de 12 kg depuis l'accident, ainsi que des douleurs gastriques et une détérioration de sa qualité de vie. Le périmètre de marche était d'une heure au plus. Il pouvait conduire sur de courts trajets, plus difficilement sur de longs trajets. Son moral était bas.

Les médecins ont rapporté leurs constatations cliniques. Au plan orthopédique, l'imagerie montrait des signes compatibles avec une petite insertionite distale du biceps fémoral droit. Par ailleurs, le ligament croisé antérieur était bien cicatrisé et il était cliniquement compétent. Sur le plan psychiatrique, aucune pathologie n'était retenue. L'assuré avait bénéficié d'un suivi psychologique durant son séjour pour travailler sur son anxiété, ses croyances et l'ensemble des facteurs contextuels. Du point de vue neurologique, l'évaluation permettait de retenir une éventuelle légère irritation du ramus infra-patellaire du nerf saphène interne droit au genou droit,

avec des dysparesthésies et une légère altération de la sensibilité tacto-algique. Les neurographies sensitives étaient cependant normales, tout comme l'ultra-son.

Les plaintes et limitations fonctionnelles ne s'expliquaient qu'en partie par les lésions objectives constatées pendant le séjour. Des facteurs contextuels pourraient interférer négativement avec les aptitudes fonctionnelles, notamment l'anxiété, une kinésiophobie modérée, un catastrophisme élevé ainsi qu'une perception du handicap fonctionnel importante, une focalisation sur les douleurs et de nombreuses auto-limitations. L'évolution tant subjective qu'objective était favorable, avec une amélioration significative du périmètre et de la qualité de la marche, associée à un gain de 10 kg au test de port de charges. La participation aux thérapies avait été perturbée par différents facteurs psychologiques et émotionnels et des nausées. La volonté de donner le maximum de l'assuré était considérée comme incertaine.

En fin de séjour une évaluation des capacités fonctionnelles avait été réalisée. Au début, l'assuré présentait un score au *Performance Assessment and Capacity Testing* (PACT) de 147, ce qui correspondait à un niveau d'effort léger à moyen. Pendant l'évaluation, il avait fourni un niveau d'effort moyen (15-25 kg), permettant d'affirmer qu'il sous-estimait ses aptitudes fonctionnelles. La volonté et la cohérence avaient été rapportées comme élevées. On retenait une discordance entre la perception subjective du handicap fonctionnel et les tests objectifs. Par ailleurs, l'incapacité de l'assuré à travailler aux ateliers professionnels dans des activités très légères pendant peu de temps était médicalement difficile à justifier. En se fondant sur les données objectives, les limitations fonctionnelles provisoires consistaient à éviter les activités en force répétitives avec le genou droit. La situation était pratiquement stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. La poursuite de la physiothérapie permettrait de maintenir les acquis, voire d'améliorer la fonctionnalité. Une stabilisation médicale était attendue dans un à deux mois au plus. Le pronostic de réinsertion dans l'activité d'agent commercial était favorable à court terme, soit dans un à deux mois. Objectivement, cette activité était encore envisageable. L'incapacité de travail dans cette profession restait totale jusqu'au 13 avril 2019, et devrait ensuite être réévaluée. L'interférence de facteurs non médicaux pourrait ralentir le processus de réinsertion.

Le rapport des ateliers professionnels indiquait que l'assuré avait passé un test d'assemblage simulé. Sa vitesse d'exécution avait été dans la norme. Les spécialistes des ateliers professionnels retenaient que l'assuré se disait très motivé mais que la courte évaluation mettait en évidence un assuré algique, actuellement pas prêt à s'investir dans un processus de réinsertion professionnelle. L'aspect médical de sa situation restait au premier plan. Les aspects pénalisant l'intégration socio-professionnelle non liés au handicap étaient que l'assuré disait très mal supporter les positions assise et debout statiques, même quelques minutes. Il signalait des douleurs à la gorge évoquant un reflux gastrique œsophagien, qui selon ses dires limiteraient certains mouvements d'extension et de flexion de la nuque. L'assuré était demandeur de solutions médicales. Il était fortement centré

sur les douleurs mais faisait toutefois preuve d'une collaboration suffisante. En somme, l'évaluation permettait d'observer que des facteurs principalement comportementaux limitaient le rendement et hypothéquaient l'espoir d'une reprise professionnelle, quel que soit le secteur envisagé. L'assuré donnait l'impression de s'impliquer et de faire son possible pour répondre aux attentes de l'investigateur. Cependant, certaines observations laissaient à penser que l'évaluation ne traduisait finalement que le niveau d'effort consenti par l'assuré. La cotation des douleurs était maximale et n'avait pas permis de finaliser dans de bonnes conditions les activités proposées, même si celles-ci étaient adaptées en matière d'efforts ou d'alternance des positions assise et debout.

Une IRM et des radiographies du genou avaient révélé un petit kyste méniscal en regard de la corne postérieure du ménisque externe, sans autre anomalie.

Une consultation a eu lieu le 6 mars 2019 auprès du docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce dernier a relaté que l'assuré était un tout petit peu difficile à examiner, car il arrivait dans le bureau de consultation assez plaintif, avec une plaque de glace derrière le genou et marchant avec un *flexum* antalgique. Il persistait une atrophie du quadriceps. L'extension était complète, avec une bonne flexion et un genou stable dans le plan. L'assuré présentait une douleur un peu atypique, reproductible tantôt sur la tête du péroné, tantôt au tendon du *biceps femoris* qui n'était pas enflammé. L'IRM était rassurante au niveau intra-articulaire, les croisés étaient vus et les structures externes visualisées et non rompues. Le radiologue décrivait des signes compatibles avec un peu d'insertionite du *biceps femoris* dans la tête du péroné. En conclusion, l'assuré avait des plaintes fonctionnelles et une douleur externe bien localisée, « sans substrat anatomique énorme ». Il fallait essayer de continuer à le rassurer, travailler son quadriceps peut-être un peu plus et un peu moins les ischio-jambiers, poursuivre le traitement anti-inflammatoire pendant trois mois, avec du Condrosulf® dans le doute pendant six mois. Dans ce contexte, il n'y avait pas lieu de procéder à une nouvelle intervention chirurgicale.

27. Dans son appréciation du 26 mars 2019, confirmée dans un avis du 18 avril 2019, le Dr H\_\_\_\_\_ a retenu que l'état était stabilisé. L'exigibilité en tant qu'agent commercial était donnée, elle rentrait dans le cadre des limitations fonctionnelles établies à la CRR. Une reprise du travail était proposée à temps plein dès le 1<sup>er</sup> mai 2019, la dernière activité professionnelle n'étant pas contraignante pour le genou. L'estimation de l'atteinte à l'intégrité était inférieure à un taux indemnisable.
28. Lors d'un entretien téléphonique du 28 mars 2019 avec la Suva, l'assuré a contesté les conclusions du rapport de la CRR. Il n'était pas d'accord avec le processus d'évaluation en atelier, qui avait duré deux heures. Il s'est plaint de retards des thérapeutes et d'une mésentente avec quelques médecins et physiothérapeutes de la CRR. Il considérait que son incapacité de travail en tant qu'agent commercial restait justifiée.

29. Par courrier du 29 mars 2019 à l'assuré, la Suva lui a fait savoir que selon son service médical, l'incapacité de travail dans l'activité d'agent commercial n'était plus justifiée. Elle le considérait ainsi apte à travailler à 100 % dès le 1<sup>er</sup> mai 2019 et allouerait des indemnités journalières en conséquence.
30. Par courriel du 3 mai 2019 à la Suva, l'assuré a affirmé être incapable d'effectuer son travail durant une heure malgré le traitement suivi et les exercices réalisés. Son médecin traitant, le docteur M\_\_\_\_\_, généraliste, avait prescrit des examens. Il a joint un certificat d'incapacité de travail établi par ce dernier le 30 avril 2019.
31. Par décision du 9 mai 2019, la Suva a confirmé les termes de son courrier du 29 mars 2019. Elle a précisé qu'elle avait mis fin au versement des indemnités journalières, mais qu'elle prendrait en charge le traitement médical jusqu'à nouvel avis.
32. Une scintigraphie osseuse a été réalisée le 4 juin 2019, révélant une hyperfixation des deux versants de l'articulation fémoro-patellaire et de la partie médiale du plateau tibial droits, traduisant un certain degré de souffrance osseuse sous-jacente peut-être d'origine dégénérative ou séquellaire chirurgicale. Il ne s'agissait pas d'un aspect d'algodystrophie.
33. Le 4 juin 2019, l'assuré s'est opposé à la décision de la Suva. Il a affirmé que les résultats de la scintigraphie révélaient des « suites accidentelles ». Le traitement par Condrosulf® n'avait amené aucun résultat. Il ne pouvait marcher ou conduire plus de 30 minutes sans inflammation ou douleurs importantes, ce qui était incompatible avec sa profession d'agent commercial. Il ne pouvait postuler dans aucun de ses anciens métiers.
34. Le 18 juin 2019, le Dr H\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur les nouveaux éléments soumis par l'assuré, lesquels ne modifiaient pas son appréciation. Les radiographies réalisées en 2019 ne révélaient pas d'arthrose.
35. Selon une note d'entretien téléphonique du 28 juin 2019 avec la Suva, l'ancien employeur de l'assuré a contesté que ce dernier doit régulièrement monter sur les toits pour effectuer des mesures et vérifier l'état des toitures. Les mesures se faisaient à partir du sol, à l'aide d'un laser.
36. Par décision du 27 juin 2019, la Suva a écarté l'opposition de l'assuré. Elle s'est référée aux conclusions de la CRR et du Dr H\_\_\_\_\_, soulignant que la prise de mesures avec un laser à partir du sol n'était pas incompatible avec les limitations fonctionnelles retenues. C'était ainsi à juste titre qu'elle avait mis un terme au versement des indemnités journalières au 30 avril 2019.
37. L'assuré a interjeté recours contre la décision de la Suva par écriture du 30 août 2019. Il a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'octroi d'un délai complémentaire pour motiver son recours ; à son audition et à ce qu'un délai lui soit imparti pour déposer une liste de témoins ; principalement à l'annulation de la décision et à la condamnation de l'intimée au paiement des indemnités journalières

du 1<sup>er</sup> mai 2019 jusqu'à la stabilisation complète de son état de santé, respectivement la mise en place de mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité.

Il a allégué que son emploi impliquait de participer à des foires et des salons, tels que la Foire de Genève durant trois semaines en novembre 2015. Les informations données à l'intimée par son employeur n'étaient pas correctes. Le recourant devait visualiser la toiture pour chiffrer son offre. Le recourant ne disposait pas de laser pour faire les mesures, instrument qui ne lui aurait d'ailleurs pas permis de prendre toutes les mesures sans monter sur les toits en cas d'irrégularité de la toiture. Il a affirmé que son activité habituelle, très astreignante, n'était pas adaptée à ses limitations fonctionnelles. En effet, ses séquelles au genou l'empêchaient de conduire sur de longs trajets, de monter sur une échelle et de se mettre à genoux sur un toit. En outre, son état n'était pas encore stabilisé. Il attendait des nouvelles de l'assurance-invalidité, notamment la mise en place de mesures de réadaptation professionnelle.

38. Le recourant a complété son recours par écriture du 4 octobre 2019. Il a persisté dans ses conclusions.

Il a répété qu'il ne disposait pas d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, incompatible avec son état de santé. En outre, il avait été licencié par son dernier employeur. Lors de son séjour à la CRR, il avait eu le sentiment d'être jugé plutôt qu'aidé. Il contestait en particulier avoir manqué de motivation. Son genou l'avait fait beaucoup souffrir pendant ce séjour. Son cas n'était toujours pas stabilisé selon l'OAI. Il devait prendre des antalgiques et des anti-inflammatoires pour soulager la douleur. L'activité de sérigraphie consistait à imprimer des motifs sur différents supports à l'aide de machines, et s'exerçait principalement debout. Au vu de son état physique actuel, ses chances de retrouver un emploi dans ce domaine étaient très faibles. Au sujet de la stabilisation de son genou, il a allégué que son état s'était légèrement amélioré après son passage à la CRR. La possibilité d'une amélioration de la fonctionnalité par la physiothérapie révélait que son état n'était pas stabilisé. Il devait être tenu compte des possibilités d'amélioration de son état de santé.

Le recourant a notamment produit les pièces suivantes :

- a. rapport de l'employeur du 20 septembre 2016 à l'OAI, indiquant notamment que des visites techniques sur toiture étaient parfois nécessaires;
- b. avis du 15 avril 2019 du docteur N\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), selon lequel l'état de santé n'était pas complètement stabilisé ;
- c. certificat du 10 septembre 2019 du Dr M\_\_\_\_\_, attestant que le recourant devait régulièrement prendre des antalgiques et des anti-inflammatoires pour soulager la douleur de son genou droit.

39. Dans sa réponse du 23 décembre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours, sous suite de dépens.

S'agissant de la stabilisation de l'état de santé du recourant, elle a rappelé que les médecins de la CRR avaient considéré qu'elle serait atteinte un à deux mois plus tard. Cette appréciation avait été confirmée par le Dr H\_\_\_\_\_. Le Dr N\_\_\_\_\_, non spécialiste en chirurgie orthopédique, n'expliquait pas pour quelles raisons l'état de santé ne serait pas complètement stabilisé, ni pourquoi il s'écartait de l'avis des autres médecins. Les certificats du Dr M\_\_\_\_\_ ne permettaient pas non plus de conclure que l'état de santé ne serait pas stabilisé, la prescription d'antalgiques ne faisant pas obstacle à la clôture du cas par l'intimée. Le fait que le Dr H\_\_\_\_\_ ait tranché sans examen du recourant n'était pas déterminant, et son rapport avait valeur probante. En ce qui concernait sa capacité de travail, le recourant n'invoquait aucun argument médical susceptible de remettre en doute les limitations fonctionnelles établies par la CRR et le Dr H\_\_\_\_\_. Son employeur avait en outre contesté sa description du poste de travail. En effet, les mesures ne se faisaient pas sur les toits. Le litige entre le recourant et son ancien employeur ne permettait pas de conclure que les informations transmises par ce dernier seraient erronées. Quant aux trajets en voiture, ils n'avaient pas été jugés incompatibles avec ses limitations fonctionnelles par les médecins, le recourant n'étant limité que dans les activités en force répétitive avec le genou droit. Dans la mesure où l'activité d'agent commercial n'était pas contraignante pour le genou, la capacité de travail du recourant était entière dans cette activité. Le droit à l'indemnité journalière prenait fin notamment lorsqu'un assuré recouvrait sa pleine capacité de travail, comme en l'espèce. Dans ce contexte, il n'y avait pas lieu d'examiner si d'éventuelles mesures de réadaptation de l'OAI avaient été menées à terme.

L'intimée a soutenu que l'audition du recourant n'était pas nécessaire, l'instruction au plan médical ayant eu lieu à satisfaction de droit.

40. Par réplique du 7 février 2020, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il s'est référé au rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 16 janvier 2020, dont il a affirmé qu'il en ressortait que son état n'était pas stabilisé. En outre, dans son courrier du 21 janvier 2020, l'intimée avait considéré qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation des traitements médicaux une sensible amélioration de son état de santé, et que le versement des prestations prendrait fin au 2 février 2020. On pouvait en déduire que son état n'était pas stabilisé en mai 2019. Pour le surplus, il a maintenu que son activité était contraignante, comme l'indiquait le Dr M\_\_\_\_\_ dans son rapport du 15 décembre 2019. Par ailleurs, aucun laser ne lui avait été fourni par son ancien employeur. Sans un tel outil, il n'était pas envisageable d'effectuer des mesures sur une toiture à partir du sol, et le recourant devait ainsi obligatoirement monter sur les toits pour prendre les mesures nécessaires à la pose de panneaux photovoltaïques. Il n'était ainsi pas envisageable qu'il reprenne son activité d'agent commercial. Il a derechef sollicité son audition.

Il a notamment produit les pièces suivantes :

- a. courrier de l'employeur du 31 août 2016 demandant au recourant la restitution du matériel fourni, dont un casque et des chaussures de sécurité, ne mentionnant pas de laser ;
  - b. rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 15 décembre 2019 à l'OAI, décrivant notamment une inflammation aigue du genou droit et une impotence fonctionnelle permanente. La médication consistait en anti-inflammatoires et Condrosulf®. Le pronostic était impossible à évaluer et un avis d'expert était nécessaire. L'incapacité de travail était complète dans l'activité habituelle.
  - c. rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 16 janvier 2020 à la Suva, pronostiquant une récupération lente après avis d'un chirurgien orthopédique et physiothérapie ;
  - d. courrier du 21 janvier 2020 de l'intimée au recourant, lui indiquant que selon l'appréciation de son médecin-conseil, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation des traitements médicaux une sensible amélioration de l'état de santé, et qu'elle mettait un terme au versement de ses prestations au 2 février 2020 au soir.
41. Dans son écriture reçue par la chambre de céans le 14 mai 2020, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a soutenu que le rapport du 16 janvier 2020 du Dr M\_\_\_\_\_ ne permettait pas de s'écarter de l'avis des médecins de la CRR et du Dr H\_\_\_\_\_, *a fortiori* dès lors qu'il s'agissait du médecin traitant du recourant. Il ne s'exprimait d'ailleurs pas sur les facteurs extra-médicaux influençant l'évolution de la situation sur le plan médical. Le fait que l'intimée ait accepté la prise en charge du traitement médical jusqu'au 2 février 2020 ne permettait pas non plus de mettre en doute l'appréciation de la capacité de travail par la CRR et le Dr H\_\_\_\_\_. Or, c'était ce point qui faisait l'objet du litige en l'espèce, et non la prise en charge du traitement médical. L'intimée a répété que l'ancienne activité n'était pas très astreignante et que les mesures ne se faisaient pas sur les toits, même si un laser n'avait pas été mis à disposition du recourant. L'intimée a répété que l'audition du recourant n'était pas nécessaire.
42. Par écriture du 22 juillet 2020, le recourant a transmis à la chambre de céans de nouveaux documents médicaux. Il a relevé que le Dr E\_\_\_\_\_ lui proposait un nouveau traitement et de revoir son chirurgien et le docteur O\_\_\_\_\_ lui suggérait de compléter la kinésithérapie par des séances sur isocinétisme. Cela démontrait que son état n'était pas stabilisé, car si tel était le cas, aucun traitement ne serait proposé. Il s'est référé aux constatations de la doctoresse P\_\_\_\_\_, médecin du sport, et au rapport d'arthoscaner. Il a affirmé que son genou ne s'était pas amélioré et que l'administration d'anti-inflammatoires démontrait la persistance de la douleur. Il devait conduire environ 3000 km par mois dans son ancien emploi. Il s'est référé au kilométrage relevé lors d'un contrôle technique de sa voiture, montrant qu'il avait roulé à peine 8000 km en deux ans entre 2018 et 2020. Cela prouvait ses limitations. Il priait la chambre de céans de mettre en œuvre un expert en chirurgie orthopédique et rhumatologique afin de confirmer son point de vue et

persistait dans ses conclusions pour le surplus. Il attendait de l'intimée qu'elle statue sur son droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité dès que possible.

Le recourant a notamment produit les pièces suivantes :

- a. rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 27 mai 2020, faisant état de douleurs antérieures, pour lesquelles il proposait des injections d'acide hyaluronique associées à du plasma riche en plaquettes et de revoir la Dresse I\_\_\_\_\_ ;
  - b. compte-rendu de consultations du 9 juin et du 2 juillet 2020 du Dr O\_\_\_\_\_, médecin du sport, indiquant qu'il paraissait compliqué d'envisager une PEC du ligament croisé antérieur à ce stade, compte tenu de l'inflammation consécutive à l'arthroscanner et que la kinésithérapie pourrait être complétée par des séances sur isocinétisme ;
  - c. ordonnances de ketoprofène et de rééducation ;
  - d. compte-rendu d'évaluation isocinétique de la Dresse P\_\_\_\_\_ du 19 juin 2020 ;
  - e. rapport d'arthroscanner du genou droit du 25 juin 2020 avec infiltration d'une ampoule de Diprostène®.
43. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture et de son annexe à l'intimée le 24 juillet 2020.
44. Sur ce, 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. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), est recevable.
3. Le litige, tel que circonscrit par la décision, porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au versement des indemnités journalières au 30 avril 2019.

L'intimée n'ayant pas explicitement tranché le droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2019, l'octroi d'une telle prestation ne fait pas l'objet de la présente procédure, pas plus qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

- 
4. Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA).

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 l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de 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). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

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

5. La notion d'incapacité de travail, à laquelle renvoie l'art. 16 al. 1 LAA comme condition du droit à l'indemnité journalière, est définie à l'art. 6 1<sup>ère</sup> phrase LPGA. Selon cette disposition, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

En cas d'incapacité de travail durable dans l'ancienne profession, l'assuré est tenu, en vertu de son devoir de diminuer le dommage, d'utiliser dans un autre secteur sa capacité fonctionnelle résiduelle. A cet égard, la jurisprudence considère qu'un délai doit être imparti à l'intéressé pour rechercher une activité raisonnablement exigible dans une autre profession ou un autre domaine. La durée de ce délai est généralement de trois à cinq mois selon la pratique applicable en matière d'assurance-maladie (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_173/2008 du 20 août 2008 consid. 2.3). Cette application en assurance-accidents des délais aménagés à l'assuré en matière d'indemnités journalières pour maladie s'est heurtée à des critiques doctrinales, qui soutiennent qu'un changement de profession ne saurait être exigé avant la stabilisation de l'état de santé de l'assuré (Kaspar GEHRING *in* KIESER / GEHRING / BOLLINGER [éd.], KVG UVG Kommentar, 2018, n. 3 ad art. 16 LAA; Markus SCHMID *in* HÜRZELER / KIESER [éd.], Kommentar zum schweizerischen Sozial-versicherungsrecht, UVG, 2018, n. 11 ad art. 16 LAA). Le droit aux indemnités journalières cesse toutefois au plus tard lors de la stabilisation de l'état médical (Philipp GEERTSEN *in* HÜRZELER / KIESER [éd.], UVG, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 2018, n. 18 ad art. 19 UVG).

6. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par « une sensible amélioration de l'état de l'assuré » (art. 19 al. 1 LAA). Eu égard au fait que l'assurance-accidents est avant

---

tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme « sensible » par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2). 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 par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1). Des troubles chroniques ne font pas obstacle à la reconnaissance d'un état de santé par ailleurs stationnaire (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_734/2014 du 23 novembre 2015 consid. 4.2). Dans le cas d'un assuré qui avait refusé de subir une arthrolyse de la cheville et auquel les médecins n'avaient pas proposé d'autre traitement, le Tribunal fédéral a confirmé que c'était à juste titre que l'assurance-accidents avait conclu à un état stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_247/2018 du 1<sup>er</sup> avril 2019 consid. 5.3). Le simple fait qu'un traitement médical continue à être nécessaire ne suffit pas non plus à exclure la stabilisation de l'état de santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_956/2009 du 9 mars 2010 consid. 4.1.2). Dans le cas d'un assuré dont le chirurgien avait uniquement suggéré la poursuite d'un traitement symptomatique, antalgique et peut-être une physiothérapie, le Tribunal fédéral a confirmé que l'assureur-accidents était fondé à considérer que l'état de santé était stabilisé (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_589/2018 du 4 juillet 2019 consid. 4.3). Il faut encore préciser que la stabilisation de l'état de santé doit être estimée de manière pronostique, et non à l'aune de constatations rétrospectives (RAMA 3/2005 n° U 557 p. 389 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_849/2011 du 29 mai 2012 consid. 3.2).

7. Pour pouvoir trancher le droit aux prestations, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, ATF 115 V 133 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires,

le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3, ATF 122 V 157 consid. 1c).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. En l'espèce, c'est sur la base des conclusions des médecins de la CRR et du Dr H\_\_\_\_\_, selon lesquelles le recourant serait désormais apte à reprendre son activité habituelle, que l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières. Le recourant conteste quant à lui cette décision, principalement en raison de l'inaptitude qu'il allègue à reprendre son métier d'agent commercial.

Sans remettre en cause l'appréciation médicale de la situation du recourant par ces praticiens, il n'est cependant pas certain que son activité habituelle soit adaptée à son état de santé. En effet, le recourant affirme qu'il doit se rendre directement sur les toits afin d'y prendre les mesures nécessaires à l'établissement des devis. On notera que ses déclarations sur ce point n'ont jamais varié. Il a ainsi fait part de

cette exigence à l'intimée et au Dr E\_\_\_\_\_ en 2016 déjà. L'employeur a également confirmé la nécessité de cette tâche dans son rapport à l'OAI en septembre 2016, avant de revenir sur ce point dans ses communications avec l'intimée. Or, selon le principe de la « déclaration de la première heure » développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_663/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010 consid. 3.2). Ce principe peut être appliqué *mutatis mutandis* aux versions contradictoires données par un employeur. En l'espèce, le revirement de l'employeur pourrait s'expliquer par le fait que les relations avec le recourant se sont apparemment envenimées. Le fait que l'employeur ait indiqué que les visites techniques nécessitaient un matériel de sécurité pour prendre les mesures dans son courriel du 21 octobre 2016 à l'intimée, tend du reste également à accréditer la version du recourant sur la nécessité de monter sur les toits.

Or, les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la CRR et reprises par le Dr H\_\_\_\_\_ consistent à exclure les activités en force répétitives avec le genou droit. Elles sont ainsi décrites de manière trop générale pour déterminer si le fait de monter à l'aide d'une échelle sur un toit pour y prendre des mesures est exigible, à défaut de conclusion explicite quant à cette tâche. Les spécialistes de la CRR et le médecin d'arrondissement ne se sont pas non plus expressément prononcés sur la compatibilité de longs trajets en voiture avec l'état du genou du recourant. La Dresse I\_\_\_\_\_ semblait quant à elle considérer que tant le fait de monter sur les toits que la conduite durant de longues périodes étaient contre-indiqués dans son rapport du 31 décembre 2018. Partant, les éléments versés au dossier ne permettent pas de trancher le point de savoir si le recourant a recouvré sa capacité de travail en tant qu'agent commercial, eu égard à ces deux exigences particulières.

Cette question peut toutefois rester ouverte en l'espèce, dès lors que la cessation du versement des indemnités journalières doit être confirmée pour un autre motif, soit la stabilisation de l'état de santé du recourant au 1<sup>er</sup> mai 2019. En effet, les médecins de la CRR pronostiquaient un délai de stabilisation d'un à deux mois lors du séjour du recourant en mars 2019. Or, leur rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante sur ce point, dès lors qu'il a été établi sur la base d'une anamnèse fouillée et de l'étude du dossier complet, qu'il recense les plaintes du recourant et que ses conclusions ont été émises à l'issue d'examens détaillés complétés par des radiographies. L'admission d'un état stabilisé au 1<sup>er</sup> mai 2019 est également conforme au pronostic de la Dresse I\_\_\_\_\_, qui exposait en avril 2018 que l'intervention - pratiquée en juillet 2018 - exigerait dans ses suites des séances de physiothérapie durant quatre mois. En l'absence de toute complication qui

justifierait de revenir sur ce pronostic - la scintigraphie réalisée en juin 2019 ayant en particulier exclu une algoneurodystrophie - il n'existe aucun élément suscitant le doute sur cette conclusion. Aucun nouveau traitement permettant d'escompter une amélioration notable n'a du reste été mis en œuvre, ni même recommandé. Le traitement préconisé par le Dr L\_\_\_\_\_ consiste exclusivement en anti-inflammatoires et Controdulf®, soit un médicament visant le traitement symptomatique de l'arthrose (cf. <https://compendium.ch/product/17134-condrosulf-caps-400-mg/mpro>). Le Dr M\_\_\_\_\_ n'a pas non plus suggéré d'autres options thérapeutiques. Le seul fait de recueillir l'avis d'un nouveau chirurgien orthopédiste ne peut être assimilé à un traitement permettant d'escompter une amélioration notable. Quant à la prescription d'antalgiques et à la poursuite de physiothérapie, elles ne font pas obstacle à la reconnaissance d'un état de santé stabilisé, conformément à la jurisprudence. L'avis du Dr N\_\_\_\_\_, nullement motivé et antérieur au 30 avril 2019, ne permet pas non plus de considérer que l'état du recourant n'était pas stabilisé à cette date. Dans ces circonstances, le recourant ne saurait non plus tirer argument du fait que l'intimée ait admis la prise en charge du traitement médical au-delà du 30 avril 2019. Les nouvelles pièces produites par le recourant à l'appui de son écriture du 22 juillet n'amènent pas d'éclairage différent : les traitements recommandés ou administrés selon ces pièces consistent essentiellement en anti-douleurs, anti-inflammatoires ou séances de physiothérapie sous forme d'une méthode isocinétique, ce qui correspond largement aux recommandations thérapeutiques des médecins de la CRR, en particulier du Dr L\_\_\_\_\_. Il ne s'agit pas là d'options thérapeutiques visant une guérison, même partielle, mais uniquement de traitements symptomatiques. Ils ne démontrent ainsi pas que l'état de santé du recourant ne serait pas stabilisé.

Le fait que l'OAI n'ait pas statué sur le droit du recourant à des mesures de réadaptation ne lui confère pas non plus un droit à la poursuite du versement d'indemnités journalières. En effet, conformément à l'art. 30 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA – RS 832.202), lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, mais que la décision de l'assurance-invalidité concernant la réadaptation professionnelle n'interviendra que plus tard, une rente sera provisoirement allouée dès la fin du traitement médical; cette rente est calculée sur la base de l'incapacité de gain existant à ce moment-là. Le droit s'éteint: dès la naissance du droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité (let. a); avec la décision négative de l'AI concernant la réadaptation professionnelle (let. b); avec la fixation de la rente définitive (let. c). Ainsi, en toute hypothèse, si une incapacité de gain persistait au 1<sup>er</sup> mai 2019 et que des mesures de réadaptation devaient être mises en œuvre par l'OAI par la suite, le recourant pourrait uniquement prétendre à l'octroi d'une rente transitoire et non d'indemnités journalières.

Compte tenu des éléments qui précèdent, c'est à bon droit que l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières au 1<sup>er</sup> mai 2019, et sa décision doit dès lors être confirmée.

Il lui appartiendra toutefois de trancher le droit éventuel du recourant à une rente (transitoire) dès le 1<sup>er</sup> mai 2019 eu égard à l'incertitude qui persiste quant au caractère adapté de son activité habituelle. Dans ce contexte, l'intimée devra notamment compléter l'instruction au plan médical, afin de déterminer si la capacité de travail est complète en tant qu'agent commercial nonobstant l'obligation de monter sur les toits et la conduite prolongée. Dans la négative, elle devra procéder au calcul du degré d'invalidité du recourant.

9. Le recourant a requis son audition.

Cette mesure d'instruction ne s'avère cependant pas indispensable eu égard aux motifs médicaux qui conduisent à la confirmation de la décision de l'intimée, liée à la stabilisation de son état de santé au 30 avril 2019. La chambre de céans n'y donnera ainsi pas suite, par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1).

S'agissant de l'expertise requise dans sa dernière écriture, les pièces produites à son appui ne suffisent pas à mettre en doute la stabilisation de son état médical, seul élément déterminant dans la présente procédure. Il n'y a ainsi pas à donner suite à cette requête.

10. Le recours est rejeté.

L'intimée a conclu à l'octroi de dépens. Les assureurs sociaux n'ont toutefois pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*), de sorte qu'il ne lui en sera pas alloué.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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