

GE_GERICHTE A/266/2018 vom 19. Dezember 2018

GE Cour de justice, 2018-12-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_266_2018

FR: GE_GERICHTE A/266/2018 du 19 décembre 2018

IT: GE_GERICHTE A/266/2018 del 19 dicembre 2018

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître Marie-Josée COSTA recourant contre SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître Anne MEIER intimée EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), suisse d'origine kosovare, né le _____ 1985, est arrivé en Suisse en 1997. Dès 2006, il a travaillé en qualité de peintre en bâtiment pour plusieurs employeurs, en dernier lieu, pour le compte de B_____ Sàrl depuis le 6 août 2012. Il était à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après: la CNA ou l'intimée).!

2. Le 19 novembre 2015, vers 7h45, il a chuté d'une échelle de plus de 2,50 m et s'est blessé à la tête, à l'épaule, au genou et à la cheville droits.!

3. Le jour-même, l'assuré a été examiné par les médecins du service des urgences des HUG. Selon leur rapport daté du 14 décembre 2015, l'assuré avait notamment vécu la guerre au Kosovo et avait été victime d'une agression par son supérieur (étranglement de deux ou trois secondes devant témoins). Il présentait des flashbacks liés à ce passé. Il se souvenait de la chute mais pas de l'impact à proprement parler. Au réveil, il avait présenté des céphalées frontales en coup de couteau, des douleurs au genou et au pied droits et depuis lors il mentionnait des nausées sans vomissements, des flashbacks, une impression de dysphagie et une impression de se répéter. Le diagnostic principal retenu était celui de traumatisme crânio-cérébral mineur (S06.0) avec CT cérébral sans évidence de saignement ou de fracture, les diagnostics secondaires étant ceux de douleurs d'un membre (M79.6), douleurs musculaires et sans lésions osseuses de l'épaule droite, du genou droit et du pied droit ainsi qu'état de stress post-traumatique (F43.1).!

4. En raison de ces atteintes, l'assuré était incapable de travailler.!

5. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (CNA).!

6. Vu la persistance des douleurs, l'assuré a consulté, le 24 novembre 2015, le docteur C_____, spécialiste en médecine générale, lequel a posé le diagnostic de contusion et entorse de l'épaule, de la cheville et du genou droits, entraînant une incapacité de travail de 100%.!

7. Une IRM de l'épaule droite a été réalisée le 22 janvier 2016. Selon le compte-rendu y relatif, aucune déchirure d'un tendon de la coiffe des rotateurs à droite n'avait été décelée. En revanche, de discrets signes de tendinopathie d'insertion du sus-épineux et un remaniement discrètement inflammatoire de l'articulation acromio-claviculaire, à corrélérer à la clinique, avaient été constatés.!

8. Le 24 février 2016, l'assuré a été examiné par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son rapport établi le 26 février 2016, le médecin précité a retenu les diagnostics de

contusion de l'épaule droite survenue trois mois auparavant avec une nette limitation fonctionnelle au jour de l'examen, traumatisme du genou droit, lequel avait bénéficié, une année auparavant, d'une ligamentoplastie et nette limitation de la mobilité en flexion de ce genou, lors de l'examen, sans nouvelle lésion ligamentaire. Un séjour à la CRR avait été convenu avec l'assuré. 9. L'assuré a séjourné à la CRR du 31 mars au 26 avril 2016. Il ressort du rapport de la CRR, établi le 24 mai 2016, suite à ce séjour, que les diagnostics étaient ceux de chute le 19 novembre 2015 avec contusions multiples (épaule, genou et cheville droits) et traumatisme crânien mineur, sans lésion conséquente, arthrose du médio-pied droit, traumatisme du genou droit avec rupture du ligament croisé antérieur (LCA) traitée par plastie (en 2014) et fracture de la jambe droite suite à un accident de la voie publique en 1990, traité par arthrodèse de la cheville droite en 1997. Il y avait eu des complications sous la forme de deux hématomes sous-cutanés en région frontale. Quant aux comorbidités, elles consistaient en une dyslipidémie et une obésité de grade I. A titre d'antécédents, les médecins de la CRR avaient encore retenu une chute, le 7 octobre 2007, avec des contusions multiples (genou droit, épaule gauche, colonne lombaire) sans lésion conséquente. Les plaintes et les limitations fonctionnelles de l'assuré ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées lors du séjour. Les diagnostics médicaux de séquelles au niveau du pied et de la cheville suite à un accident de la voie publique dans l'enfance ainsi qu'une rupture et réparation du LCA du genou droit en 2014, sans lien avec l'accident, rendaient mieux compte des plaintes et des limitations de l'assuré que les atteintes en lien avec l'accident. Ces atteintes préexistantes pouvaient également influencer défavorablement le retour au travail. Des facteurs contextuels, tels qu'une kinésiophobie, chez un patient avec des traits de personnalité anxio-dépressive et un comportement douloureux qui s'autolimitait, associés à l'absence de contrat de travail, jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles rapportées par l'assuré et influençaient défavorablement son retour au travail. Aucune incohérence n'avait toutefois été constatée. Les limitations fonctionnelles étaient provisoirement les suivantes : pas de port de charges lourdes, pas de positions contraignantes pour le genou et la cheville (à genoux, accroupi), pas de marche prolongée, pas de marche sur des terrains irréguliers, pas de gestes répétitifs avec le membre supérieur droit ni de travaux au-dessus du plan des scapula. La situation n'était pas stabilisée mais elle devait l'être deux mois plus tard. Le pronostic de réinsertion dans l'activité antérieure était défavorable au vu des facteurs médicaux sans lien avec l'accident et des facteurs contextuels précités. En revanche, le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était favorable. Dans tous les cas, l'assuré était incapable de travailler jusqu'au 29 mai 2016. Ce rapport se fondait notamment sur deux examens de l'assuré par des spécialistes FMH en chirurgie orthopédique, les docteurs E_____ et F_____, les conclusions du physiothérapeute, les résultats de l'hématologie ainsi que l'imagerie pratiquée à la demande des orthopédistes (radiographie des pieds, des chevilles et des deux membres inférieurs, scanner de la cheville droite, IRM du genou droit). La situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles. Une stabilisation médicale était attendue dans un délai de deux mois environ. 10. Parallèlement, le 25 avril 2016, en raison des atteintes précitées, l'assuré a déposé une (nouvelle) demande de prestations auprès de l'OAI. Le même jour, il a également formulé une demande de moyens auxiliaires, sous la forme de chaussures orthopédiques de série avec adaptations. 11. Le 21 juin 2016 (rapport du 22 juin 2016) le Dr D_____ a procédé à une nouvelle appréciation médicale, dont il ressort qu'en l'absence de lésion

traumatique de l'épaule droite mise en évidence par l'IRM, une reprise professionnelle dans l'activité habituelle pouvait être attendue sans diminution de rendement, en évitant les gestes répétitifs avec le membre supérieur droit et les travaux au-dessus du plan des épaules.![endif]>![if> 12. Dans un rapport du 21 juin 2016, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a constaté que l'assuré souffrait d'une arthrose talo-naviculaire et calcanéocuboïdienne droite, post-arthrodèse de la cheville et sous-talienne, il y a près de 20 ans. Sous réserve des documents récents de la CNA, une intervention chirurgicale pouvait être envisagée, avec une ostéotomie de correction de l'arrière-pied, dans le but de corriger le varus et l'équin. ![endif]>![if> 13. A réception du rapport susmentionné, la gestionnaire de la CNA l'a soumis aux médecins d'arrondissement, en précisant : « merci de ne pas tenir compte de la soumission du 21 juin 2016 » en priant le Dr D_____ de se prononcer sur l'opération proposée par le Dr G_____, notamment par rapport à la question de savoir si les troubles actuels étaient purement dégénératifs ; dans l'affirmative si l'accident avait décompensé cet état, de manière définitive ou temporaire ; dans cette dernière hypothèse (décompensation temporaire), jusqu'à quand la prise en charge du traitement médical et de l'incapacité de travail relevait-elle de l'assurance-accident ; enfin si la responsabilité de la CNA était engagée, la poursuite de l'incapacité de travail était-elle toujours justifiée ou la reprise était-elle compromise.![endif]>![if> 14. Parallèlement à cette démarche, la CNA a informé l'assuré, par courrier du 23 juin 2016, se référant à la copie du rapport du Dr G_____ susmentionné, que l'évolution du cas la contraignait à réexaminer le problème de sa responsabilité. Elle émettait toutes réserves et suspendait le versement de ses prestations, dès ce jour.![endif]>![if> 15. Dans une appréciation médicale du 27 juin 2016 (rapport du 28 juin 2016) le Dr D_____ a considéré que l'accident assuré avait entraîné une simple décompensation temporaire de la cheville droite, qui avait précédemment subi une arthrodèse et présentait une arthrose dégénérative par usure. Six mois après l'accident assuré, ce dernier avait cessé ses effets délétères et le statu quo sine devait être fixé au 27 juin 2016.![endif]>![if> 16. Par courrier A du 29 juin 2016, la CNA a informé l'assuré que, selon son service médical, il était apte à reprendre son activité professionnelle à 100 %, ceci dès le 23 juin 2016. Les indemnités journalières lui seraient donc allouées à 100 % jusqu'au 22 juin 2016.![endif]>![if> 17. Par décision du 4 juillet 2016, l'assureur-accidents a mis un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 22 juin 2016, le médecin d'arrondissement étant d'avis que l'accident du 19 novembre 2015 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles à la cheville droite encore présents.![endif]>![if> 18. Dans un courrier du 8 juillet 2016, le Dr C_____ a rappelé à l'OAI que son patient présentait des douleurs du membre inférieur droit, suite à un accident s'étant déroulé en 2014. Une désinsertion du LCA du genou droit avec lâchage avait été constatée, ce qui avait nécessité de la physiothérapie de renforcement. Un récent scanner réalisé à la CRR avait mis en évidence une arthrose du pied droit. Une opération pouvait être envisagée.![endif]>![if> 19. Par courrier du 27 juillet 2016 adressé à la CNA, le Docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur et médecine du sport, a indiqué que le patient était venu en consultation le jour même concernant une gonalgie droite. Il se plaignait de son genou droit suite à une plastie du ligament croisé antérieur de mai 2014 à l'hôpital cantonal. Il avait par la suite repris le travail, mais "devant ses douleurs persistantes, il était à l'arrêt depuis le 17 novembre 2015 (sic !)". Il relevait également une lésion de la cheville droite également handicapante, sans possibilité d'amélioration. A l'examen clinique il notait un mini signe de Flot mais pas de

choc rotulien. Limitations de flexion à 100° douloureuse, avec extension complète. Stable dans les deux plans de l'espace. Douleurs antéro-externes à la palpation, avec tests méniscaux plus ou moins positifs. Une IRM du 6 avril 2016 montrait clairement une lésion kystique antéro-latérale, avec probablement également un conflit dans la plastie au niveau de l'échancrure. Étant donné les douleurs persistantes depuis 2014, il pensait souhaitable de réaliser une arthroscopie avec toilettage de cette lésion kystique, associée à une ouverture de l'échancrure. Cette intervention pourrait être réalisée en ambulatoire. 20. Par courrier du 29 juillet 2016, le recourant a formé opposition contre la décision susmentionnée du 4 juillet 2016. La décision de la CNA n'était pas en accord avec le diagnostic de son médecin traitant, le Dr C_____ ; ses douleurs ont pour origine sa chute du 19 novembre 2015. La CNA avait en sa possession le rapport (susmentionné au ch. 19) du Dr H_____. Il souffrait toujours de douleurs à son genou droit et il était dans l'impossibilité totale de marcher sans canne. Une reprise d'activité était dès lors totalement impossible. Il sollicitait la reconsidération de la position de la CNA, et il l'invitait à procéder à une contre-expertise. 21. La CNA indiquera par la suite - en août 2017 - ne jamais avoir enregistré d'opposition. Puis, sur insistance de l'assistante sociale en charge de l'assuré à Hgénéral, l'assureur-accidents admettra – le 13 novembre 2017 - que, par suite d'un problème pratique, l'opposition n'avait pas été adressée dans les délais habituels au secteur oppositions, raison pour laquelle la décision du 4 juillet 2016 devait dès lors être notifiée à la caisse-maladie de l'assuré - SUPRA - (elle l'a été en date du 14 novembre 2017, et n'a apparemment pas été suivie de réaction de cette dernière. 21. Par courrier du 17 août 2016, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, s'adressait au médecin traitant : il a rappelé l'historique médical de l'assuré. L'examen clinique avait mis en évidence un membre inférieur droit avec un status post-arthrodèse de la cheville et de l'articulation sous-talienne. Il y avait également une atrophie marquée de la loge postérieure de la jambe et un raccourcissement de 1,5 à 2 cm du membre inférieur droit. La marche se faisait avec une boiterie antalgique franche et à petits pas. L'articulation du Chopart et le genou étaient douloureux. Le bilan scannographique de 2016 avait mis en évidence une panarthrose du médio-pied. La situation du genou n'était pas plus favorable et nécessitait un nouvel avis spécialisé, raison pour laquelle le Dr I_____ adressait une copie du rapport à la doctoresse J_____, médecin au service de chirurgie orthopédique des HUG. Des infiltrations itératives au pied, une à deux fois par année, constituaient une solution pour soulager l'assuré lors des crises douloureuses. Selon le Dr I_____, il n'était plus possible pour l'assuré d'exercer une activité professionnelle physique. Le patient était définitivement condamné à une activité assise. Ce médecin a observé dans ce contexte qu'il fallait dès à présent concentrer les efforts dans cette optique, pour que le patient ne se désafférente pas du monde professionnel et qu'il ait un objectif qualitatif professionnel sur lequel il puisse se concentrer. L'OAI devait prendre rapidement le relais, sans perte de temps inutile, pour la mise en place de ces mesures administratives. Copie de ce courrier était notamment adressée à la CNA et à l'OAI. 22. En date du 14 septembre 2016, la gestionnaire de la CNA a à nouveau interpellé le médecin d'arrondissement en lui soumettant le document médical susmentionné, lui rappelant que la CNA avait fixé une capacité de travail pour les troubles du genou droit et mis fin aux prestations pour les troubles à la cheville. Une arthroscopie était discutée. 23. Le Dr D_____ a répondu le 5 octobre 2016 que les troubles au genou droit étaient en relation de causalité avec l'accident du 19/11/2015, et étaient d'origine post-traumatique ; il existait un trauma en 2014 sur ce genou qui avait

nécessité "1 ligamento". L'état antérieur avait été déstabilisé par le cas de « 2014 » (recte : probablement du 19.11.2015) de façon déterminante.![endif]>![if> 24. Par courrier du 7 novembre 2016, la CNA a indiqué à l'assuré intervenir pour les suites de l'accident du 19 novembre 2015, à savoir pour les troubles au genou droit. Elle l'invitait à communiquer la date de l'examen spécialisé évoqué par le Dr I_____ dans son rapport d'août 2016 (ci-dessus ch. 21).![endif]>![if> 25. Par courrier du 24 octobre 2016 (pièce 85 dossier CNA), adressé au médecin traitant, le docteur K_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie, a indiqué avoir reçu le patient le 21 octobre 2016, pour réévaluation des douleurs du genou droit suite à l'infiltration de corticostéroïdes effectuée le 28 septembre 2016 sous radioscopie. Cliniquement, il note un genou empâté, une mobilité identique à la dernière consultation à 90/5/0°, sans laxité, avec des douleurs diffuses du compartiment externe et une force proximale du membre inférieur à M2-3 maximum. Il conclut que les douleurs sont certainement d'origine multifactorielle et la situation n'a malheureusement pas véritablement changé suite à l'infiltration. Il semble compliqué de pouvoir effectuer une rééducation ambulatoire efficace à l'heure actuelle, en lien avec la douleur plus qu'avec la mobilité articulaire elle-même. La mise en place d'un traitement anabolisant ne lui paraissait pas indiquée actuellement, pas plus qu'une arthrolyse, dans une situation s'étant encore chronicisée depuis plus d'une année avec des douleurs ne semblant pas clairement liées à une structure anatomique et une mobilité articulaire du genou actuellement suffisante pour marcher. Une rééducation hospitalière à la CRR ou à Beau-Séjour pourrait à nouveau se discuter pour travailler sur un schéma de marche physiologique et un gain de force musculaire. Il proposait la poursuite du traitement antalgique actuel et la physiothérapie, en essayant de reprendre une marche plus physiologique avec un membre inférieur droit participant de manière plus active. Vu l'impact actuel sur son moral, il discutait la possibilité de voir un psychiatre afin de l'épauler et de permettre possiblement de casser le cercle vicieux négatif dans lequel il se trouvait actuellement.![endif]>![if> 26. Entre-temps l'OAI a, par décision du 5 décembre 2016, refusé toute rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Sur recours, la chambre de céans a annulé cette décision et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire (ATAS 804/2018 du 17 septembre 2018 dans la cause A/164/2017).![endif]>![if> 27. Par courrier du 15 décembre 2016 à la CNA, la doctoresse L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a sollicité la prise en charge du traitement psychiatrique de l'assuré, qu'elle suivait depuis le 25 octobre 2016 - suite d'un accident avec atteinte au genou droit -. Le patient présentait un état dépressif sévère, sans symptômes psychotiques (F 32.2). L'état évoluait progressivement depuis plusieurs mois, en lien avec la mauvaise évolution de son pour cette jambe droite, entre autres, avec la présence de douleurs chroniques. Elle relevait au status, une thymie triste, un ralentissement, une fatigue, une diminution importante de l'état vital, une aboulie, et une tendance à l'isolement. Il est étendu, très irritable, et présente des ruminations anxieuses constantes. Il présentait des difficultés importantes de concentration et de l'attention, des oublis, et des étourdissements. Il avait une vision obscure du monde et de l'avenir, ainsi qu'un sentiment d'impuissance, de dévalorisation et de mal-être important. Au vu de ce tableau clinique, un suivi psychiatrique s'avérait nécessaire. Un traitement de Zoloft avait été commencé, ainsi que des séances psychothérapeutiques, au début hebdomadaires, est actuellement à quinzaine.![endif]>![if> 28. Par courrier du 9 janvier 2017 - versé en copie au dossier de la CNA -, la doctoresse J_____ spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecine du sport et spécialiste du genou, s'était adressée à l'OAI, s'opposant à la décision de cet office du 19

octobre 2016 de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles. Elle rappelait que le patient avait été opéré en mai 2014 de son genou droit pour reconstruction du LCA et avait pu reprendre le travail fin 2014. Mais en février (recte : novembre) 2015, il avait chuté avec un mouvement d'hyperflexion de son genou droit, occasionnant des douleurs aiguës de celui-ci ainsi que des douleurs de l'épaule et de la cheville. Il s'en était suivi une raideur articulaire du genou droit persistant jusqu' aujourd'hui, malgré un séjour à la CRR à Sion, où seules l'épaule et la cheville avaient été améliorées. Les douleurs et la raideur articulaire du genou droit persistent depuis lors, et ceci malgré des séances bien conduites de physiothérapie et une infiltration test de corticostéroïdes intra-articulaire du 28 septembre 2016. A ce jour il marchait avec une canne; ses douleurs sont permanentes, la mobilité du genou est restreinte à 90° de flexion maximum, et la force du membre inférieur est cotée à M2-M3 maximum. Ceci se surajoutait à un problème de cheville droite (antécédents d'arthrodèse de l'arrière-pied droit en 1997 suites à un accident de vélo) pour laquelle il est suivi par le Dr I_____. Il présente une arthrose de tout le médian-pied droit, une atrophie marquée de la loge postérieure de la jambe et un déficit de longueur d'environ deux centimètres du membre inférieur droit. Elle invitait l'OAI à réévaluer son jugement quant à ce patient fortement handicapé par son membre inférieur droit, et qui ne peut en aucun cas effectuer une activité professionnelle normale; une reconversion professionnelle lui permettrait d'effectuer un travail en position assise. Il était lui-même très motivé pour un tel projet.!

29. Le 17 octobre 2017, le centre de médecine du sport et de l'exercice de la Clinique La Colline (Dresse J_____), sous la signature des Drs J_____, M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecine du sport, K_____ et I_____, a adressé au médecin traitant (avec copie notamment à la CNA), un rapport de consultation multidisciplinaire du 3 octobre 2017. Après avoir rappelé l'histoire médicale du patient, de 1997 à 2017, ce rapport décrit la situation actuelle: d'un point de vue orthopédique: le patient présente des douleurs et un handicap fonctionnel majeur dû au membre inférieur droit (douleurs chroniques du genou droit, mobilité articulaire à 0-15-30° ce jour et spasticité à la mobilisation du genou, une cheville arthrodésée, et une amyotrophie importante de tout le membre inférieur droit. Il ne se déplace qu'avec l'aide de deux cannes anglaises et très difficilement. Le membre supérieur gauche n'a pas récupéré d'une déchirure tendineuse opérée (sans relation avec l'accident du 19.11.2015), tant en termes de force que de sensibilité. D'un point de vue psychologique, le patient va au plus mal avec un état dépressif majeur lié à ce handicap physique, mais également au fait qu'il n'ait reçu aucune reconnaissance de son handicap par la CNA qui a estimé qu'il était en capacité totale de travailler. Il est suivi par la Dresse L_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, sous traitement de Zoloft, qui selon lui ne l'aide pas vraiment. D'un point de vue social, le patient est père de famille, ne reçoit aucune aide financière ni aucune rente, et n'a pas reçu de proposition pour une reconversion professionnelle adaptée (de la part de l'OAI). Il est proposé au patient: de venir faire de la physiothérapie à la Clinique La Colline pour permettre un contrôle et suivi de l'évolution; une consultation multidisciplinaire de la douleur chronique aux HUG; sur le plan psychologique, le traitement et le suivi devraient être modifiés dès lors que le patient ne semble pas être aidé par le suivi actuel. La CNA et l'OAI étaient invités à convoquer le patient pour une évaluation globale et une réévaluation de son état actuel, le patient étant en incapacité totale de reprendre son travail de peintre, mais disposé à commencer une reconversion professionnelle pour un travail assis adapté dès que son état psychologique le permettrait.!

30. La CNA a soumis ce rapport, dès réception, au médecin d'arrondissement, en l'invitant à répondre à la question de savoir,

d'une part si les troubles invoqués au genou droit peuvent être imputés, au moins au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'événement du 19 novembre 2015 et, d'autre part, en cas de relation de causalité pour le moins probable, une pleine capacité de travail en tant que peintre pouvait-elle être compromise, pour ses seuls troubles au genou droit. Le Dr D_____ s'est déterminé le 19 octobre 2017 : « aggravation progressive de l'état de ce genou au vu du rapport de la Dresse J_____ ; la reprise dans l'ancienne activité est compromise ».[endif]>![if> 31. Le nouveau gestionnaire du cas à la CNA Genève, M. N_____, a à nouveau soumis le dossier au médecin d'arrondissement, le 25 octobre 2017. Il a rappelé que l'assuré souffre à son membre inférieur droit, que les troubles de la cheville droite avaient été définitivement exclus par la décision de statu quo du 4 juillet 2016, que les troubles du genou droit « appartiennent » à la CNA - en effet il a été admis que l'accident du 19 novembre 2015 avait constitué une aggravation déterminante du cas 11.30066.14.0 selon l'appréciation du 5 octobre 2016 -; que par courrier du 29 juin 2016, la CNA avait reconnu que l'assuré était apte à reprendre le travail à 100 % en ce qui concerne également les troubles du genou droit, mais avait cependant admis de poursuivre la prise en charge des frais de traitement, étant en outre précisé que l'assuré avait présenté des troubles psychiques que le spécialiste (psychiatre traitant) mettait sur le compte de la mauvaise évolution sur le membre inférieur droit (rapport reçu le 20/12/2016); enfin que, dans la soumission au médecin d'arrondissement du 19 octobre 2017, ce dernier avait jugé qu'il y avait aggravation progressive de l'état du genou et que la reprise dans l'ancienne activité de peintre était compromise. Il invitait le Dr D_____ à répondre aux questions suivantes : compte tenu des différents rapports médicaux reçus depuis juin 2016, la décision de reconnaître une pleine capacité de travail en juin 2016, y compris pour le genou droit, est-elle toujours justifiée ? Les troubles actuellement allégués au genou droit sont-ils toujours bien en relation de causalité naturelle, pour le moins probable, avec l'accident du 19 novembre 2015 ? Si les troubles du genou droit sont bien la conséquence de l'accident du 19 novembre 2015, y a-t-il lieu de reconnaître une nouvelle incapacité de travail à ce titre ? Si oui, à partir de quand devrait-on admettre cette incapacité ? Comme le suggèrent les médecins de la Clinique La Colline, un examen de l'assuré à l'agence ne serait-il pas pertinent au vu des circonstances ?![endif]>![if> 32. Il ne ressort pas du dossier de la CNA que le médecin d'arrondissement ait donné suite à cette soumission.![endif]>![if> 33. Sur quoi, la CNA a rendu sa décision sur opposition le 22 décembre 2017. L'opposition était rejetée. Le 27 juin 2016 le médecin d'arrondissement était arrivé à la conclusion que l'accident de novembre 2015 avait cessé de déployer ses effets après six mois pour les troubles de la cheville droite. Le bilan radiologique n'avait pas montré de lésion récente à cette cheville chez un assuré qui présente un état antérieur. Le médecin d'arrondissement a précisé qu'il est fréquent, après une arthrodèse, qu'il existe une compensation de la perte de mobilité articulaire par les articulations périphériques. Celle-ci étant surchargée, il se produit, comme dans le cas d'espèce, une arthrose dégénérative par usure, conduisant à l'indication proposée par le Dr G_____. Le médecin traitant (Dr C_____), sans fournir la moindre argumentation à l'appui de son affirmation, estime qu'il incombe à la CNA de continuer à prendre en charge non seulement les troubles du genou droit, mais aussi ceux de la cheville droite. Dans son certificat de 27 juillet 2016, le Dr H_____ s'est limité à évoquer l'existence d'une lésion à la cheville droite, sans se pencher sur la causalité. De plus, ce praticien a préconisé une intervention pour le genou droit. Ceci dit, c'était à bon droit que la CNA, se fondant sur l'analyse effectuée en toute connaissance de cause par le médecin d'arrondissement, avait mis fin à sa responsabilité pour la cheville

droite au 22 juin 2016. La CNA Genève était priée de se prononcer dans les meilleurs délais au sujet du genou droit et, en particulier, sur le droit aux prestations en espèces au-delà du 22 juin 2016. Par mémoire du 24 janvier 2018, l'assuré, représenté par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision sur opposition du 22 décembre 2017. Il conclut principalement à l'annulation de la décision entreprise, respectivement de celle du 4 juillet 2016, dire et constater que la CNA doit continuer à prendre en charge le cas du recourant au-delà du 22 juin 2016, et reprendre le versement des indemnités journalières à compter du 23 juin 2016; renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, notamment pour la réalisation d'une expertise médicale auprès de spécialistes indépendants et neutres et nouvelle décision ; subsidiairement à ce qu'il soit ordonné une expertise médicale judiciaire, le tout avec suite de dépens. La décision entreprise était fondée sur la seule appréciation du Dr D_____, dans ses rapports des 22 et 28 juin 2016, consignnant ses appréciations médicales respectives et 21 et 27 juin. Or, non seulement ces appréciations ont été faites sur dossier, sans examen personnel de l'assuré, mais encore, elles ne tiennent pas compte ni de toutes les atteintes à la santé, ni de tous les éléments médicaux à disposition, ce qui l'a conduit à conclure que le recourant pourrait reprendre à 100 % son activité de peintre en bâtiment. Les conclusions du médecin d'arrondissement sont encore contradictoires : ainsi conclut-il que le recourant peut reprendre son activité professionnelle de peintre en bâtiment, tout en retenant comme limitation fonctionnelle « éviter les gestes répétitifs avec le membre supérieur droit et les travaux au-dessus du plan des épaules » ; or l'activité de peintre en bâtiment implique nécessairement ce type de gestes. Sur la base de ce seul rapport, la CNA a donc estimé à tort que l'état de santé du recourant lui permettait de reprendre son activité à 100 % à compter du 23 juin 2016, ce qu'elle a confirmé par courrier du 29 juin 2016, puis par décision du 4 juillet 2016. Certes, la décision du 4 juillet 2016 ne mentionne expressément que la cheville droite, mais elle concerne implicitement toutes les atteintes résultant de l'accident du 19 novembre 2015, soit, comme la CNA l'a admis d'emblée, conformément aux constatations médicales, un traumatisme crânien, mais également une atteinte à l'épaule, au genou et à la cheville droite. L'intimé a même reconnu les troubles psychiques en acceptant de régler les factures du psychiatre traitant. Le recourant rappelle que selon les dispositions légales applicables, le droit à l'indemnité journalière 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. L'intimée devait dès lors prendre en compte l'intégralité des atteintes du recourant pour statuer sur ses droits, y compris les troubles du genou droit. Or, le cas en lien avec l'accident du 19 novembre 2015 a été liquidé, les indemnités journalières ont été arrêtées au 22 juin 2016, alors que l'incapacité de travail du recourant à persister et persiste à ce jour. Ainsi est-il manifeste que la décision litigieuse ne se limite pas à l'atteinte à la cheville, contrairement aux allégations de la CNA, ce qui est du reste confirmé d'une part par le courrier informatif préalable du 29 juin 2016 qui fait état d'une prétendue capacité totale de travail, mais également par le contenu des courriers du gestionnaire du dossier soumettant à nouveau le cas aux médecins d'arrondissement, les 25 octobre et 22 décembre 2017, interrogeant précisément le médecin-conseil sur la légitimité de la décision du 4 juillet 2016, le gestionnaire rappelant précisément que l'atteinte au genou droit avait été prise en compte à l'époque. Il souligne également le fait qu'il n'a pas eu le temps de se retourner, dès lors que les indemnités journalières n'ont été supprimées rétroactivement. Or, les éléments recueillis au dossier confirment que les lésions du genou droit étaient post-traumatiques, et étaient en lien avec l'accident du 19 novembre 2015, et ne s'étaient nullement améliorées, bien au

contraire ; il en va de même des autres troubles qui n'ont pas été investigués par la CNA, soit l'aggravation de l'atteinte à la cheville, l'atteinte à l'épaule, les troubles psychiques et les troubles cognitifs. Ainsi, les indemnités journalières en lien avec l'accident du 19 novembre 2015 devaient continuer au-delà du 22 juin 2016. Enfin, compte tenu de la persistance des atteintes du recourant après plus de deux ans, il y aura également lieu d'examiner les prestations de longue durée telle que la rente et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Compte tenu de la complexité du dossier du recourant, une expertise pluridisciplinaire devra être réalisée.!

35. L'intimée, représentée par un conseil, a répondu au recours par mémoire du 9 mars 2018. Elle conclut au rejet du recours avec suite de frais et dépens. La CNA estime que le litige ne porte que sur la symptomatologie présentée par l'assuré à la cheville droite, et par conséquent sur le point de savoir dans quelle mesure l'intimé était tenu, en sa qualité d'assureurs-accident, d'allouer des prestations pour les troubles de la cheville droite ayant conduit à l'indication chirurgicale. Une éventuelle prise en charge de l'atteinte au genou droit est en cours d'instruction, ainsi que cela ressort du dossier. La décision du 22 décembre 2017 précise, selon elle, en son point 6, que la CNA (Genève) se prononcerait dans les meilleurs délais au sujet du genou droit et, en particulier, sur le droit aux prestations en espèces. Ainsi le litige ne porte-t-il pas sur cette question, laquelle fera l'objet d'une décision distincte à la suite de l'instruction de ce volet du dossier. En l'absence de décisions rendues par l'intimé sur le genou droit du recourant, le traitement réservé à ce genou et l'instruction du dossier y relatives ne peuvent pas faire l'objet de la présente procédure. Elle estime que la position respective des médecins traitants ne saurait venir contredire l'analyse faite en toute connaissance de cause par le médecin d'arrondissement : dans son appréciation du 27 juin 2016, le Dr D_____ considérait que le cas du 19 novembre 2015 n'avait pas entraîné une déstabilisation structurelle de l'état de la cheville droite, mais une simple décompensation temporaire, de sorte qu'à six mois de l'événement, ce dernier avait cessé ses effets délétères. Il avait observé, par rapport à l'indication opératoire (ostéotomie de correction de la cheville droite) préconisée par le Dr G_____, que l'assuré avait présenté un canon assuré par la CNA avec un traumatisme de la cheville droite dans l'enfance. Il avait chuté d'une échelle pendant son travail le 19 novembre 2015 et l'ensemble du bilan radiologique n'avait pas mis en évidence de lésion traumatologique récente, notamment au niveau de cette cheville droite. Il avait énoncé et qu'il existe fréquemment après la réalisation d'une arthrodèse une compensation de la perte de mobilité articulaire par les articulations périphériques : celle-ci étant surchargée, il se produit comme dans le cas d'espèce, une arthrose dégénérative par usure, conduisant à l'indication chirurgicale proposée par le médecin traitant. Pour le reste, le médecin traitant n'était pas son opinion selon laquelle les troubles de la cheville droite subis par le recourant devraient être pris en charge par la CNA au-delà du 22 juin 2016, et les Dr H_____ et I_____ ne se sont pas prononcés sur la causalité entre l'accident et Gilles trouble de la cheville. Quant à la question d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'intimée considère que l'octroi de telles prestations ne peut être admis en l'occurrence en tant qu'il a été démontré, dans le cadre couvert par les décisions des 4 juillet 2016 et 22 décembre 2017 qu'il n'y a pas de lien de causalité entre l'accident du 19 novembre 2015 et l'atteinte à la cheville droite et les troubles actuels de cette cheville. Enfin elle estime que des examens médicaux et une expertise complémentaire ne sont pas justifiés dès lors qu'aucun élément médical objectif déterminant ne permet de douter du bien-fondé de l'appréciation médicale émise en toute connaissance de cause par le médecin d'arrondissement.!

36. Le recourant a répliqué par courrier du 27 mars 2018.

En tant que l'intimée prétend que la décision litigieuse ne concerne que la cheville droite, elle ne saurait être suivie. En effet l'intimée omet que la décision entreprise et celle qu'elle est venue confirmer mettaient fin aux indemnités journalières s'agissant des suites de l'accident du 19 novembre 2015. En arrêtant le versement des indemnités journalières au 22 juin 2016, il est manifeste que l'intimée ne s'est pas limitée à l'atteinte de la cheville mais a également estimé que les autres atteintes de l'accident litigieux permettaient au recourant de reprendre une activité à 100 %. Si, comme elle le prétend, la CNA n'avait tenu compte que de l'atteinte à la cheville, elle aurait dû poursuivre le versement des indemnités journalières jusqu'à stabilisation de tous les troubles de la santé du recourant. Les éléments figurant au dossier démontrent en effet que l'arrêt des indemnités journalières visait également les autres troubles. Contrairement à ce que prétend le médecin d'arrondissement, l'état de la cheville du recourant a été aggravé suite au traumatisme causé par l'accident litigieux, étant rappelé que jusqu'à la date de celui-ci le recourant avait pu se former et poursuivre son activité professionnelle. La CNA n'a pas démontré que le lien de causalité naturelle et adéquate, qu'elle avait reconnu en ce qui concerne la cheville, ait disparu, de sorte que toutes les atteintes en lien avec l'accident, y compris celles de la cheville droite, doivent être prises en compte pour l'établissement des droits du recourant. Enfin le recourant est surpris de constater que l'intimée refuse de compléter l'instruction : en effet, outre l'examen du 18 janvier 2018 organisé par la CNA en parallèle à la présente procédure, le recourant a été convoqué ces prochains jours pour un examen psychiatrique. Ainsi, l'intimée est consciente du caractère lacunaire de son dossier. Grâce à la présente procédure, le recourant a pu prendre connaissance du rapport du Dr O _____, arrondissement de la CNA, du 29 janvier 2018, lequel conclut à une totale incapacité de travail du recourant. Il relève néanmoins à cet égard que ce rapport était qualifié d'incomplet puisqu'il ne tient pas compte de toutes les atteintes à la santé du recourant. 37. L'intimée a brièvement dupliqué par courrier du 19 avril 2017 (recte : 2018). Lors de l'examen par le médecin d'arrondissement du 21 juin 2016, il apparaissait qu'un statu quo sine pouvait être fixé pour le pied et la cheville droite. Quant à l'épaule droite, le bilan par IRM du 22 janvier 2016 permettait d'éliminer une lésion traumatologique récente. Quant au traumatisme crânien et à l'état de stress post-traumatique, il n'était pas question de leur persistance en juin 2016. Ainsi, contrairement à ce que prétend le recourant, il n'a pas été décidé brusquement, du jour au lendemain, que les troubles de la cheville n'avaient plus de lien de causalité avec l'accident. Le médecin d'arrondissement a effectué un examen circonstancié dont rien ne permet de douter. Il en est ressorti un statu quo sine, confirmé par un nouvel examen (du dossier) quelques semaines plus tard (pièces 53 et 58 dossier CNA). Par conséquent la décision entreprise ne saurait être critiquée sur ce point, et il est erroné de la part du recourant d'affirmer globalement que « l'arrêt des indemnités journalières visait également les autres troubles découlant de l'accident ». La prise en charge des troubles du genou, dont le recourant se plaint, sera traitée séparément par la CNA suite à l'examen réalisé par le médecin d'arrondissement le 18 janvier 2018. La poursuite de l'instruction en ce qui concerne le genou n'est d'ailleurs pas remise en question par les citations des pièces du dossier par le recourant. Le fait que le questionnaire de soumission au médecin d'arrondissement sollicite un avis actuel sur les troubles du genou n'est pas contradictoire avec la décision rendue concernant la cheville. Il apparaît, de fait, que le recourant cherche des contradictions quand bien même celles-ci ne viendraient pas soutenir sa position. S'agissant enfin des troubles psychiatriques, diagnostiqués en décembre 2016 et persistant, l'on ne perçoit pas comment la mise en œuvre d'un examen supplémentaire suggéré en

janvier 2018 rendrait le dossier lacunaire et l'instruction incomplète. Au surplus, aucun élément d'ordre médical ne permet à ce jour d'affirmer que lesdits troubles seraient en lien de causalité avec l'accident. Elle se réfère pour le surplus à ses écritures de réponse et persiste dans ses conclusions.!

38. Le recourant a encore commenté les écritures de duplique de l'intimée, par courrier du 7 mai 2018. La CNA s'empêtre à tenter de justifier sa décision de juillet 2016 confirmée par la décision entreprise du 22 décembre 2017. Selon l'analyse de son conseil, on apprend aujourd'hui que certains troubles n'existaient plus en juin 2016 (épaule, état de stress post-traumatique notamment), ce qui justifiait l'arrêt des prestations au 22 juin 2016. Il est ainsi désormais admis que les décisions litigieuses ne portent pas uniquement sur la cheville du recourant. Toutefois, les dites atteintes n'ont pas été investiguées, en violation du principe inquisitoire, de sorte que la CNA ne peut pas aujourd'hui décider pour les besoins de la cause que les atteintes précitées n'existaient plus en juin 2016, alors que les éléments au dossier démontrent le contraire. C'est notamment le cas du rapport d'IRM du 22 janvier 2016 faisant état d'anomalies, notamment de signes de tendinopathie et de remaniement inflammatoire. Bien que la CNA ait arrêté toute prestation et clôturé le cas du recourant s'agissant des suites de l'accident de novembre 2015, elle persiste à indiquer que les décisions litigieuses ne visaient pas le genou droit. Elle ajoute désormais que les troubles psychiques n'étaient pas non plus visés par les décisions litigieuses. A ce sujet, ce n'est pas en décembre 2016 que ces troubles ont été diagnostiqués, le recourant étant notamment suivi sur le plan psychique depuis octobre 2016. Le recourant persiste enfin dans ses conclusions, résumant les éléments essentiels de l'argumentation développée.!

39. Sur quoi, la cause 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).!

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.!

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).!

5. a. Le litige porte sur le droit de l'assuré à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 22 juin 2016, en raison de l'accident survenu le 19 novembre 2015, singulièrement le droit aux indemnités journalières et le cas échéant d'autres prestations, telle la prise en charge de frais

médicaux.![endif]>![if> b. Les parties sont toutefois divisées sur la portée de cette décision en termes d'atteinte à la santé en relation avec l'accident en question. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. 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). L'intimée considère que la décision entreprise, respectivement celle du 4 juillet 2016, par laquelle elle considérait que, selon l'avis de son service médical, l'accident du 19 novembre 2015 ne jouait plus aucun rôle dans les troubles que l'assuré présentait encore actuellement à la cheville droite, et qu'en conséquence elle arrêta le paiement de l'indemnité journalière des soins médicaux au 22 juin 2016, considérant son cas comme liquidé en ce qui concerne la CNA -, ne concerne que la question de l'atteinte à la cheville droite. De son côté, le recourant considère en substance que dans la mesure où cette décision qui, certes, ne vise formellement que l'atteinte à la cheville droite, dépasse le strict contexte de cette seule atteinte, dans la mesure où, suite à l'annonce du cas d'accident par l'employeur, la CNA avait admis que le recourant avait non seulement été blessé à la cheville droite, mais avait également subi un traumatisme crânien, et avait en outre été blessé à l'épaule, et au genou droit, la CNA ayant également reconnu les troubles psychiques dont l'assuré était affecté, dans les suites de l'accident litigieux, en acceptant de régler les factures du psychiatre traitant. Or, dans la mesure où l'intimée mettait un terme au versement de l'indemnité journalière des soins médicaux au 22 juin 2016, considérant son cas comme liquidé, elle se prononçait implicitement sur l'intégralité des atteintes à la santé. La décision du 4 juillet 2016 venait d'ailleurs immédiatement concrétiser l'annonce de la CNA à l'assuré, par courrier du 29 juin 2016, selon laquelle le service médical considérant qu'il était apte à reprendre son activité professionnelle à 100 % dès le 23 juin 2016, les indemnités journalières lui seraient donc allouées jusqu'au 22 juin 2016. Force est donc de constater que si, en effet la décision litigieuse ne portait - à teneur des considérations formelle de l'intimée - que sur l'atteinte à la cheville droite, la CNA ne pouvait pas sans autre mettre un terme au versement de l'indemnité journalière et des frais médicaux dès le 22 juin 2016, sauf à considérer que l'intégralité de toutes les autres atteintes reconnues comme entrant en lien de causalité avec l'accident du 19 novembre 2015 ne relevait plus non plus des obligations de l'assureur-accidents, ce qui ne ressort ni de la décision initiale, ni de la décision sur opposition du 22 décembre 2017 ; tant s'en faut en ce qui concerne cette dernière, puisqu'évoquant incidemment l'avis des médecins traitants (Drs C_____ et H_____ – consid. 4 p. 4 et 5 de la décision sur opposition), relevant que le premier estimait qu'il incombe à la CNA de continuer à prendre en charge « non seulement les troubles du genou

droit mais aussi ceux de la cheville droite sans fournir aucun argument à l'appui », et que le second s'était limité à évoquer l'existence d'une lésion à la cheville droite, sans se pencher sur la causalité, mais préconisant également une intervention pour le genou droit, la CNA a invité finalement son agence de Genève à « se prononcer dans les meilleurs délais au sujet du genou droit et en particulier sur le droit aux prestations en espèces au-delà du 22 juin 2016. C'est sans compter que dans son dispositif, la décision rejetant l'opposition a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours, comme la décision précédente a retiré cet effet en cas d'opposition. Étant encore rappelé que le recourant a attaqué la décision sur opposition dans son ensemble, la question de l'objet du litige peut toutefois rester ouverte en l'espèce, compte tenu de l'issue du litige, comme on le verra ci-après. 6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 7. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En

principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). Les lésions énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, ne peut être tenue pour manifeste. Admettre, dans ce cadre, le retour à un statu quo ante ou l'évolution vers un statu quo sine en se fondant sur la vraisemblance prépondérante reviendrait à éluder cette disposition de l'OLAA. On se trouverait du reste à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence de lésions assimilées à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine dégénérative ou accidentelle de ces lésions (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/2006 du 10 avril 2004 consid. 4.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2). 8. 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. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était 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 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). 9. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 LPG), 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).

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

b. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des

médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

10. Selon 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).¹⁰ 11. 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).¹¹ 12. a. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGa) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGa). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).¹² b. Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). 13. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard

aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

14. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

15. a. En l'espèce, avant d'examiner le fond de la décision entreprise, il y a préalablement lieu d'observer que l'instruction de ce dossier n'a pas été gérée avec toute la rigueur que l'on est en droit d'attendre de la CNA. Certes, l'état de santé de l'assuré, préalable à l'accident litigieux, ayant été, au fil des ans, malheureusement atteint, en raison de plusieurs accidents, depuis l'enfance, n'a pas facilité l'instruction du cas relatif à l'accident du 19 novembre 2015. Il n'en demeure pas moins qu'à plusieurs étapes, qui ont conduit à la décision litigieuse, l'administration a instruit la cause de manière difficilement compréhensible, sinon difficilement acceptable. C'est notamment le cas de la manière dont l'opposition de l'assuré à l'encontre de la décision du 4 juillet 2016 a été traitée. Il aura en effet fallu attendre l'intervention d'une assistante sociale de l'Hospice général, soucieuse de comprendre l'état de la procédure administrative en cours auprès de l'intimée, se renseignant auprès de la CNA (16 août 2017), soit plus d'une année après le dépôt de l'opposition de l'assuré (29 janvier 2016), pour que l'intimée réagisse, et encore : dans un premier temps la CNA a prétendu ne jamais avoir reçu d'opposition à sa décision du 4 juillet 2016, - sinon une opposition non valable en tant qu'elle avait été interjetée par le médecin traitant de l'assuré -; et finalement elle a admis, par courriel du 13 novembre 2017, et sur l'insistance de l'assistante sociale susmentionnée, avoir retracé la réception de

l'opposition de l'assuré du 29 juillet 2016. Dans l'intervalle, les autres aspects de l'atteinte à la santé résultant de l'accident du 19 novembre 2015 avaient suivi leur cours, notamment par rapport à l'atteinte au genou droit, ainsi que, dès le mois d'octobre 2016, l'annonce d'un suivi de l'assuré pour des troubles psychiques, la CNA ayant accepté alors de prendre en charge les factures du psychiatre traitant. On relèvera encore, dans ce contexte, qu'en automne 2017, le nouveau gestionnaire du dossier à l'agence de la CNA Genève semblait avoir bien compris les incohérences dans la manière dont ce dossier avait été conduit, avait soumis une nouvelle fois le cas au médecin d'arrondissement, le 25 octobre 2017. Or, il semble que l'intimée ait rendu sa décision sur opposition sans attendre que le médecin d'arrondissement se prononce sur les questions posées dans ce contexte. La CNA ayant réalisé, en novembre 2017, qu'elle n'avait pas traité l'opposition dûment interjetée par l'assuré, en juillet 2016, elle s'est ainsi hâtée d'y répondre, en la rejetant sans autre, en dépit des questions pertinentes mises en évidence par le nouveau gestionnaire, en octobre 2017.

b. Il résulte en effet de la décision entreprise que c'est en date du 21 juin 2016 que le Dr G_____ a proposé une nouvelle intervention chirurgicale au niveau de la cheville droite; c'est ainsi, que l'on doit comprendre la raison pour laquelle l'intimée a interpellé le médecin d'arrondissement avant de rendre sa décision du 4 juillet 2016, de façon quelque peu précipitée, ceci dans la mesure où elle avait déjà annoncé quelques jours plus tôt à l'assuré, et en deux temps, qu'elle suspendait le versement des indemnités journalières, avant de lui indiquer quelques jours plus tard, le 29 juin 2016, qu'elle ne verserait les indemnités que jusqu'au 22 juin 2016, soit au jour ayant précédé l'annonce de la suspension de cette prestation.

c. Sur le principe, il était sans autre possible à la CNA de se prononcer sur sa responsabilité, uniquement par rapport à la question de la cheville droite. Elle pouvait en effet rendre une décision répondant à la demande de prise en charge d'une intervention chirurgicale à cette cheville droite, en refusant cette prestation si elle s'y croyait fondée, ce qui n'impliquait toutefois pas l'arrêt du paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux, pour les autres aspects de l'atteinte à la santé dont elle avait admis le lien de causalité naturelle, sinon adéquate avec l'accident du 19 novembre 2015, mais sur lesquels elle ne se prononçait pas dans le cadre de sa décision du 4 juillet 2016. En effet, cette décision ne reposait que sur l'avis du médecin d'arrondissement du 27 juin 2016, qui ne prenait alors pas position sur le questionnement de la CNA du 23 juin 2016, portant uniquement sur la proposition d'opération chirurgicale formulée par le Dr G_____ du 21 juin 2016; le courrier du Dr G_____ avait en effet croisé la précédente demande de soumission du dossier et l'évaluation par le médecin d'arrondissement du 21 juin 2016. Preuve en soit en effet que dans le questionnement adressé au D_____ le 23 juin 2016, le gestionnaire lui demandait de ne pas tenir compte de son évaluation du 21 juin 2016. Il eût ainsi été rationnel de rester dans cette logique, - ignorée par la décision du 4 juillet 2016 - au stade de la décision sur opposition, plutôt que d'inviter l'agence de Genève à se prononcer « dans les meilleurs délais » au sujet du genou et en particulier sur le droit aux prestations en espèces (autrement dit à l'indemnité journalière) au-delà du 22 juin 2016.

d. La décision entreprise ne se fondant pour l'essentiel, comme l'admet que l'intimée, que sur l'évaluation médicale de son médecin d'arrondissement, le Dr D_____, il convient dans un premier temps d'examiner si l'on peut accorder une valeur probante à cette évaluation. Comme on l'a vu, le Dr D_____ s'est prononcé au sujet de ce dossier, à plusieurs reprises, mais en l'occurrence à deux reprises, dans l'intervalle de quelques jours, les 21/22 juin et 27/28 juin 2016, les deux fois sur la seule base du dossier et sans examen personnel de l'assuré: - L'appréciation médicale à laquelle il a procédé le 21 juin 2016 portait sur l'étude

de la capacité de travail. Le Dr D_____ a tout d'abord rappelé qu'il avait examiné l'assuré le 24 février 2016 - examen au terme duquel il avait été décidé d'un séjour de l'assuré à la CRR - pour la réalisation de thérapies physiques et fonctionnelles pour des douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule, du genou et de la cheville droite. Dans un résumé très succinct des constatations des médecins de la CRR, le médecin d'arrondissement a énuméré les différents aspects entrant en ligne de compte dans le cadre de l'appréciation de la capacité de travail. Force est toutefois de constater que cette évaluation est sommaire, non motivée, et peu convaincante. On constate tout d'abord que ce rapport se réfère à plusieurs reprises, en ce qui concerne l'accident litigieux, à la date du 19 janvier 2015 : il pourrait en effet ne s'agir que d'une faute de frappe, la date effective de l'événement étant le 19 novembre 2015, mais la chambre de céans ne peut pas en être certaine. En effet, s'agissant du genou droit, le Dr D_____ fonde son appréciation sur l'examen IRM auquel il avait été procédé le 8 avril 2015, soit sur un examen antérieur à l'accident de novembre 2015. Or, dans la logique de l'appréciation, en tant qu'elle se fonde sur la date d'un accident antérieur à cet examen, l'appréciation du médecin d'arrondissement repose sur un document médical (IRM) censé être postérieur à l'accident concerné. S'agissant de la cheville droite, il affirme sans autre motivation que l'événement du "19/01/2015" a consisté en un simple traumatisme sans lésions osseuses surajoutées dans un contexte après réalisation d'une arthrodèse talo-crurale; sur quoi il conclut sans autre à la fixation du statu quo sine au jour de l'appréciation. Concernant l'épaule droite, il se borne à constater que l'IRM du 22 janvier 2016 a permis d'éliminer une lésion traumatologique récente notamment au niveau des tendons de la coiffe. Il se réfère ensuite à un rapport multidisciplinaire, sans dire lequel - mais très probablement celui établi le 24 mai 2016 par la CRR - dont il tire que des limitations fonctionnelles influencent défavorablement le retour au travail avec de plus l'absence de contrat de travail qui joue un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles. Il en conclut finalement qu'en l'absence de lésion traumatologique, mise en évidence notamment par l'IRM, on peut s'attendre à ce jour à une reprise professionnelle dans l'activité antérieure sans baisse de rendement, en évitant les gestes répétitifs avec le membre supérieur droit et les travaux au-dessus du plan des épaules. Il n'explique toutefois pas les raisons pour lesquelles il se distance de l'avis du médecin traitant qui considérait que le patient était en incapacité totale de travail, et ne discute pas non plus la conclusion des médecins de la CRR, dans leur rapport du 24 mai 2016 (moins d'un mois avant son évaluation), au terme de laquelle ces derniers considéraient que la situation n'était pas stabilisée du point de vue médical et des aptitudes fonctionnelles, et pronostiquaient qu'une stabilisation médicale était attendue dans un délai d'environ deux mois. Le Dr D_____ n'évoque pas non plus l'aspect psychique d'ores et déjà mis en évidence par la CRR, qui retenait des facteurs contextuels tels qu'une kinésiophobie chez un patient avec des traits de personnalité anxio-dépressive. Dans un tel contexte, il paraissait nécessaire que le médecin d'arrondissement, pour se prononcer en toute connaissance de cause, procède à tout le moins à un nouvel examen de l'assuré; d'autant que la conclusion à laquelle il parvenait, soit que l'on pouvait s'attendre, au jour de l'évaluation, à une reprise professionnelle dans l'activité antérieure (de peintre en bâtiment), sans baisse de rendement, « en évitant les gestes répétitifs avec le membre supérieur droit et les travaux au-dessus du plan des épaules ». Cette conclusion ne manque pas de surprendre : il paraît tomber sous le sens que de telles limitations sont difficilement compatibles avec la profession de peintre en bâtiment. Ainsi, du point de vue de l'appréciation de la capacité de travail du 21 juin 2016, la chambre de céans ne saurait reconnaître une valeur probante à l'appréciation du médecin

d'arrondissement de l'intimée. Cette conclusion est du reste corroborée par les évaluations ultérieures du Dr D _____ (mais précédant la décision sur opposition), et en dernier lieu celle de son collègue le Dr O _____ - certes postérieure à la décision entreprise -, concernant essentiellement les aspects autres que celui de la cheville et du pied droit, objet de la décision entreprise: ce médecin d'arrondissement a en effet conclu, dans son évaluation du 18 janvier 2018, que compte tenu de l'ensemble des pathologies cumulées et en particulier du genou, il était certain que l'assuré ne pouvait prétendre à la reprise d'un quelconque travail, l'état extrêmement dépressif de l'assuré commandant également une évaluation auprès du psychiatre conseil de la CNA; Quant à l'appréciation du 27 juin 2016, elle concernait l'étude de la relation de causalité entre l'intervention proposée par le Dr G _____, dans son courrier du 21 juin 2016 (cheville droite – ostéotomie de correction de l'arrière-pied afin de corriger le varus et l'équin) et l'événement traumatique survenu le 19/11/2015. Il était tout d'abord demandé au médecin d'arrondissement de « ne pas tenir compte de la soumission du 21 juin 2016 » (Pièce 51 dossier CNA) et de répondre aux questions suivantes : les troubles actuels sont-ils purement dégénératifs ou sont-ils dus à l'un des cas CNA (antécédents) ? ; Si les troubles actuels sont purement dégénératifs, l'accident a-t-il décompensé cet état de manière temporaire ou définitive ? ; Si l'état a été décompensé de manière temporaire, jusqu'à quand la prise en charge du traitement médical et de l'incapacité de travail est-elle de notre responsabilité ? ; Si la responsabilité de la CNA est engagée, la poursuite de l'incapacité de travail est-elle toujours justifiée ou la reprise est-elle compromise ? Cette nouvelle évaluation, certes sommaire également, mais mise en perspective avec le courrier susmentionné du Dr G _____, permet néanmoins de comprendre, mieux que dans son évaluation du 21 juin 2016, les raisons pour lesquelles le Dr D _____ arrive à la conclusion que six mois après la survenue de l'événement du 19 novembre 2015, celui-ci a cessé ses effets délétères. Il considère en effet que le cas du 19 novembre 2015 n'a pas entraîné une déstabilisation structurelle de l'état de la cheville droite, mais une simple décompensation temporaire. Il a justifié son point de vue en observant qu'il est fréquent, après la réalisation d'une arthrodèse, qu'il existe une compensation de la perte de mobilité articulaire par les articulations périphériques. Celles-ci étant surchargées, il se produit, comme dans le cas présent, une arthrose dégénérative par usure, conduisant à l'indication proposée par le Dr G _____. On relèvera cet égard que le Dr G _____, dans son courrier du 21 juin 2016, adressé au médecin traitant du courant, se réfère certes au "sinistre no 26. 29946.15.5", dans la rubrique « concerne », mais à aucun moment dans son courrier, et dans son analyse du cas, il ne fait référence à l'événement du 19 novembre 2015, visant, par rapport à la cheville droite, comme dernier événement traumatique affectant cette cheville, l'accident de ski survenu en 2014. Il indique que « depuis lors » le patient est en arrêt de travail à 100 %, souffrant de douleurs de la cheville droite, face antérieure. On ne saurait ainsi en déduire que le Dr G _____ retienne une relation de causalité naturelle, entre l'état actuel de la cheville droite du patient et l'accident du 19 novembre 2015. Quoiqu'il en soit, on peut ainsi considérer l'avis du Dr D _____ comme probant, en tant qu'il considère que six mois après la survenue de l'événement (19/11/2015), ce dernier avait cessé ses effets délétères, fixant le statu quo sine pour les troubles de la cheville droite au 28 juin 2016. Force est de constater que cet avis est limité à la seule question de l'incidence de l'accident litigieux sur les troubles encore présents au niveau de la cheville et du pied droit. e. Il résulte donc de ce qui précède que l'intimée, déduisant de l'avis du médecin d'arrondissement qu'elle était fondée à arrêter le paiement de l'indemnité journalière et des soins médicaux au 22 juin 2016, considérant son cas comme liquidé en ce qui concerne

l'assureur-accident, a totalement ignoré les autres atteintes à la santé provoquées par la chute du 19 novembre 2015, lesquelles étaient encore en cours d'instruction, notamment en ce qui concerne le genou droit. Ceci était encore plus manifeste, au moment où elle a rendu la décision sur opposition du 22 décembre 2017, vu l'évolution du dossier depuis la décision litigieuse, de sorte qu'elle ne pouvait pas sans autre confirmer, sur opposition, la décision du 4 juillet 2016. Ainsi l'intimée n'était pas fondée à mettre un terme au paiement de l'indemnité journalière et considérer le cas comme liquidé, ce qu'elle admet implicitement dans la décision entreprise, puisqu'elle y invitait son agence de Genève à rendre « dans les meilleurs délais » une décision concernant l'atteinte du genou droit; indépendamment du fait qu'il ressort du dossier de l'intimée qu'elle a, par la suite, encore ordonné, sur la base du dernier avis de son médecin d'arrondissement (Dr O_____) un examen par son psychiatre-conseil, s'agissant des atteintes psychiques dont elle avait à tout le moins admis le rapport de causalité naturelle, avant de rendre la décision sur opposition querellée. La décision sur opposition du 22 décembre 2017 sera en conséquence annulée, en tant qu'elle confirmait la décision du 4 juillet 2016, dans la mesure où cette dernière mettait un terme au paiement de l'indemnité journalière au 22 juin 2016, et a fortiori en tant qu'elle considérait le cas (sinistre du 19 novembre 2015) comme liquidé. Ainsi, l'intimée devra poursuivre, au-delà du 22 juin 2016, le versement des indemnités journalières, au-delà du 22 juin 2016, conformément à l'article 16 LAA, et ce jusqu'à nouvelle décision, concernant les atteintes à la santé, autres que celles touchant la cheville et le pied droit, pour lesquelles les prestations d'assurance ont en effet cessé, non pas au 22 juin, mais au 28 juin 2016, jour où le médecin conseil s'est prononcé sur cette question. Elle devra ainsi rendre une nouvelle décision concernant la seule question de la cheville droite, réservant la question des prestations d'assurance pour le surplus. 16. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis; la décision sur opposition du 22 décembre 2017 sera annulée, en tant qu'elle confirmait la décision du 4 juillet 2016, dans la mesure où cette dernière mettait un terme au paiement de l'indemnité journalière au 22 juin 2016, et considérait le cas (sinistre du 19 novembre 2015) comme liquidé. 17. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'800.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 18. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.