REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1291/2007 **ATAS/1318/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 5

du 21 novembre 2007

En la cause

Monsieur M_____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael ANDERS	recourant

contre

COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE, sise Steinengraben 41, BALE	intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseures

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né en juin 1957 en République Démocratique du Congo, d'origine portugaise, était employé à plein temps en qualité de serveur depuis le 6 décembre 2002 par X_____. A ce titre, il était assuré par son employeur auprès de la Nationale Suisse Assurances (actuellement la Compagnie d'Assurances Nationale Suisse, ci-après : assureur-accidents) tant contre les risques liés aux accidents professionnels et non professionnels que contre la perte de gain pour cause de maladie.

2. En 1994, l'intéressé a subi une arthrographie du genou droit en raison d'une lésion complexe de la corne postérieure du ménisque interne. Il n'y avait pas de notion de traumatisme, selon le protocole opératoire du 5 janvier 1994.

3. Le 23 avril 1999, l'intéressée a été victime d'un accident professionnel en Belgique, où il était domicilié à l'époque. Cet accident a provoqué un traumatisme en torsion du genou gauche et nécessité une méniscectomie arthroscopique pratiquée le 24 juin 1999.

4. En date du 20 mars 2003, l'assuré s'est trouvé en incapacité de travail en raison d'une douleur importante et persistante dans le genou droit.

5. Le 23 avril 2003, l'employeur a annoncé à la Nationale Suisse Assurances cette incapacité de travail, sans faire état d'un accident.

6. Le Dr A_____, médecin-traitant, a mentionné comme réponses aux questions de l'assureur datées du 25 avril 2003, que son patient présentait une douleur du creux poplité « apparue de façon insidieuse », dont l'intensité augmentait à la marche. Il ne pouvait poser un diagnostic clair et confirmait une incapacité totale de travail dès le 20 mars 2003.

7. A la demande du médecin-traitant, le Dr B_____, orthopédiste, a examiné l'assuré en date du 5 mai 2003. Ce médecin a constaté à droite une arthrose débutante au niveau du compartiment fémoro-tibial interne, sans pathologie particulière et sans indication de procéder à une arthroscopie. Il a indiqué qu'une telle intervention avait été pratiquée sur le genou gauche en 1999.

8. Le Dr C_____, radiologue, a pratiqué une IRM le 9 mai 2003 sur les genoux gauche et droit de l'assuré. Il a constaté un pincement des compartiments internes des genoux à prédominance gauche, entrant dans le cadre d'une gonarthrose et un épanchement intra-articulaire bilatéral à prédominance gauche. Il suspectait une chondropathie rotulienne à gauche.

9. Dans un rapport du 11 juin 2003, le Dr D_____, interniste et spécialiste des maladies du sang, a indiqué que l'assuré avait toujours eu des douleurs dans le

genou gauche sans jamais motiver d'arrêt de travail, mais qu'il se plaignait alors de douleurs dans le genou droit qui le gênaient à la marche. Il présentait également des symptômes dépressifs nets. L'examen clinique avait mis en évidence des genoux qui ne présentaient plus d'épanchement et qui étaient bien mobiles et indolores à la palpation. Il a diagnostiqué un état dépressif moyen réactionnel à une situation conflictuelle au travail, des gonalgies en voie de guérison et une hypertension artérielle stabilisée.

10. Le 30 juin 2003, l'assuré a consulté le Dr E_____, interniste spécialiste en maladies rhumatismales. Celui-ci a constaté que l'assuré présentait une boiterie importante à la marche. Le genou droit présentait une synovite sans épanchement majeur avec des douleurs en fin de flexion au niveau du creux poplité. Ce médecin a indiqué que le patient avait fait, dans le cadre de son travail, une chute dans les escaliers à la fin du mois de février 2003. Il s'en était suivi une importante douleur, puis un handicap fonctionnel qui avait entraîné l'arrêt du travail depuis le 20 mars 2003. Il a posé le diagnostic de gonarthrose activée dans le genou droit et a procédé à des infiltrations. Il a prolongé l'arrêt total de travail de l'assuré (rapport du 10 juillet 2003).

11. Parallèlement aux douleurs ressenties dans le genou, l'assuré a développé en 2003 un état dépressif. Selon le rapport du Dr F_____ du Département de psychiatrie de Belle-Idée, daté du 20 septembre 2004, le recourant avait consulté le département précité dès le 16 juin 2003 en raison d'un effondrement dépressif majeur avec alcoolisation massive, en lien avec un conflit professionnel et une relation privée difficile, et avait entrepris un suivi thérapeutique. Il souffrait d'un épisode dépressif moyen avec éléments somatiques (F10.01) et des troubles mentaux et du comportement liés à la consommation d'alcool (F10.20). Selon le psychiatre, si l'assuré avait bien adhéré aux soins en maintenant l'abstinence dès le début du traitement, son état dépressif évoluait en « dent de scie ». Ce médecin a indiqué une reprise de l'activité professionnelle à 50% en septembre 2003.

12. Le Dr G_____ a pratiqué une IRM du genou droit de l'assuré le 2 octobre 2003 et l'a comparé avec l'IRM de mai 2002 (recte : 2003). Il n'a noté aucune anomalie de la morphologie ni du signal des différentes structures osseuses. Il n'a objectivé aucune nouvelle déchirure, ni lésion osseuse. Une ancienne déchirure partielle du ligament croisé antérieur présentait toujours des signes inflammatoires. Il a relevé une discrète chondropathie dégénérative diffuse de grade I à II.

13. Dans son rapport du 16 octobre 2003, le Dr E_____ a retenu des gonalgies sur ancienne déchirure LCA avec atteinte fonctionnelle lors de la marche rapide.

14. L'assuré a consulté la polyclinique des services de chirurgie le 25 novembre 2003. Les Drs H_____, chirurgien orthopédiste, et I_____, médecin interne, ont constaté une boiterie à droite à cause de douleurs et un accroupissement

impossible. Le genou droit était sec et stable, avec une légère tuméfaction au niveau du « Hoffa ». Ils ont relevé des douleurs à la palpation de l'interligne externe du pôle supérieur et inférieur de la rotule et au niveau du ligament rotulien et dans le creux, ainsi qu'un déficit de flexion à droite. La radiographie du 8 mai 2003 et l'IRM du 2 octobre 2003 mettaient en évidence à droite un kyste intra-tendineux post-traumatique du ligament croisé antérieur, probablement suite à une déchirure partielle antérieure au traumatisme de mars 2003 (sic), une arthrose fémoro-tibiale avec des pincements visualisés à la radiographie et des signes de chondropathie dégénérative débutante diffuse de grade I à II. Le déficit de la flexion constaté chez l'assuré résultait selon les médecins de l'impingement dû à l'épaississement du ligament croisé antérieur. Une excision du kyste a été proposée. A titre d'antécédents, ces médecins ont mentionné à droite une arthroscopie (1994) avec méniscectomie partielle de la corne postérieure interne avec une bonne évolution jusqu'à la chute de mars 2003 (sic). A gauche, se présentait une méniscectomie arthroscopique en 1999 avec une hémarthrose récidivante ponctionnée à plusieurs reprises en 1999.

15. Le 18 décembre 2003, le Dr I_____ a pratiqué l'excision du kyste intra-tendineux du ligament croisé antérieur dans le genou droit par voie arthroscopique.

16. Le recourant a perçu des indemnités journalières pour la perte de gain en cas de maladie par la Compagnie d'Assurances Nationale Suisse Assurances du 19 avril 2003 jusqu'au 7 avril 2005.

17. En date du 26 mai 2004, l'assuré a été heurté aux jambes par un automobiliste sur un passage pour piétons et s'est trouvé renversé sur le capot de la voiture. Une empoignade s'en est suivie et la police a séparé les protagonistes. L'automobiliste s'en est allé et n'a pu être identifié.

18. Le jour même de l'accident du 26 mai 2004, l'assuré s'est rendu au Service de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Les Drs J_____, chef de clinique adjoint, et K_____, interniste, ont diagnostiqué, chez un patient anxieux, des gonalgies bilatérales avec dermabrasion pré-rotulienne droite et dermabrasion sous-orbitaire droite, ainsi que des douleurs et contractures paravertébrales droites. Aucune fracture n'a été constatée selon les radiographies. Les médecins n'ont pas signifié d'arrêt de travail (rapport du 8 juin 2004).

19. Suite à cet accident, l'assuré a entamé un suivi de type post-traumatique hebdomadaire puis bi-mensuel dès le 11 juin 2004 auprès de Madame L_____, psychologue et psychothérapeute sur proposition du Centre LAVI de Genève. Dans son rapport du 30 octobre 2004, la thérapeute a diagnostiqué un état de stress post-traumatique (F43.1) et un épisode dépressif sévère (F32.2). Cet épisode dépressif, déjà présent, a été selon elle aggravé par l'accident. Elle a enfin

estimé que l'assuré ne pouvait plus exercer son métier de serveur et qu'il adhérait à l'idée d'une reconversion.

20. En septembre 2004, l'assuré a sollicité l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.

21. Dans son rapport du 11 octobre 2004, le Dr E_____ a constaté une gonarthrose gauche post deux arthroscopies (1994 et 1999). Il a confirmé une incapacité de travail de 100% dès le 14 septembre 2004 et a indiqué un reclassement dans le cadre du chômage.

22. Du 16 novembre au 6 décembre 2004, l'assuré a été hospitalisé à la Clinique genevoise de Montana dans l'optique d'un soutien psychologique visant à améliorer sa thymie, un tabagisme chronique et un trouble du comportement alimentaire. Grâce à la mise en place d'un programme d'activité physique régulier, le Dr DELGADO a constaté une amélioration de la thymie, son patient envisageant de poursuivre le programme une fois rentré chez lui. En outre, ce dernier avait perdu 3,3 kg ce qui lui avait permis de soulager ses douleurs et d'améliorer sa pression artérielle.

23. Dans son second rapport du 13 mai 2005, Madame L_____ a indiqué qu'au cours du suivi thérapeutique et compte tenu des bonnes ressources personnelles de son patient, les éléments post-traumatiques avaient subi une notable amélioration. Subsistaient cependant un état anxieux chronique, un épisode dépressif moyen, des troubles du comportement alimentaire et une forte baisse de l'estime de soi. La thérapeute a mentionné que l'assuré avait renoué avec son amie et envisageait de se marier. Elle ne s'est pas prononcée sur l'influence de l'état psychique sur la capacité de travail, se contentant d'exposer que son patient avait tenté au cours des derniers mois de reprendre une activité à 50%, sans succès en raison de son état physique.

24. Par demande de son conseil du 10 juin 2005, l'assuré a sollicité de l'assureur-accidents la prise en charge des suites de l'accident du 26 mai 2004, à savoir une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle ainsi qu'une rente.

25. Le Dr E_____ a attesté, le 24 février 2006, que l'accident précité avait "péjoré transitoirement le dommage préexistant (arthrose fémoro-tibiale) ceci depuis le date de l'accident jusqu'au 30 août 2004". A son avis, le statu quo sine et ante avait été atteint ce jour-là.

26. Afin de déterminer la prise en charge éventuelle consécutive à l'accident de mai 2004, l'assureur-accidents a diligenté une expertise interdisciplinaire. Celle-ci a été réalisée le 23 mars 2006 par les Drs N_____, rhumatologue, et O_____, psychiatre. Au niveau physique, le status clinique du genou droit n'a pas révélé de particularité : pas de tuméfaction, pas de rougeur, ni chaleur. La palpation-percussion de la rotule droite était indolore des deux côtés et aucun signe

méniscal n'était mis en évidence, ni aucune instabilité des ligaments collatéraux. Il existait un signe du rabot positif. Le genou gauche présentait une discrète tuméfaction et une douleur à la palpation du « I_____FA », sans être ni chaud ni rouge. La palpation-percussion de la rotule gauche était indolore. L'examen ne montrait ni signes méniscaux ni signes d'instabilité ligamentaire. La marche sans chaussure était possible avec une discrète boiterie à droite, ainsi que la marche sur la pointe des pieds et les talons, avec toutefois des douleurs dans les quadriceps des deux côtés. L'accroupissement était impossible en raison des douleurs ressenties dans les deux genoux. Le status neurologique s'est avéré dans les limites de la norme. Sur le plan psychique, le Dr O_____ a retenu des troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool et un syndrome de dépendance. Ne notant chez l'assurée ni baisse de l'humeur ou de plaisir significative, ni manque d'énergie ou de fatigabilité démesurée, ni sentiment de culpabilité, ni problème majeur de concentration, ni velléité suicidaire, ni agitation anxieuse ou symptômes physiques d'anxiété mettant en évidence une angoisse, mais une confiance en soi minimale, cet expert a estimé qu'il n'y avait pas symptômes dépressifs clairs suite à l'accident. Il a cependant indiqué qu'il y avait « peut-être eu une aggravation transitoire de la problématique puisque le patient [avait] tendance à se réfugier dans l'alcool ».

Les experts ont estimé que l'accident du 26 mai 2004 était en lien possible avec les troubles somatiques actuels (gonalgies persistantes). Ils ont considéré que l'accident avait entraîné une aggravation passagère de l'état antérieur, l'accident ayant pu décompenser un état maladif préexistant. Selon eux, le statu quo ante avait été atteint au 31 août 2004 et le statu quo sine le 8 juin 2004 **(sic).** Dès le 1er septembre 2004, l'incapacité de travail de l'assuré n'était donc plus en rapport avec les conséquences de l'accident. S'agissant de l'état antérieur à celui-ci, les experts ont identifié un status post méniscectomie interne partielle droite (1994), un status post méniscectomie interne gauche (1999) et un status post résection à 90% du ligament croisé antérieur du genou droit (décembre 2003). Les gonalgies droites avaient débuté en 1994 et les gonalgies gauches en 1999. Les experts n'ont constaté aucune atteinte à l'intégrité susceptible d'être indemnisée.

27. Dans un rapport du 6 mai 2006, Madame L_____ a indiqué que l'état de stress post-traumatique qu'elle avait identifié en début du suivi thérapeutique en juin 2004, s'était amélioré de sorte qu'il n'était plus présent lors de son deuxième rapport du 13 mai 2005. S'agissant de l'état dépressif, elle l'a estimé sévère en juin 2004, moyen en mai 2005 et encore présent en janvier 2006. Elle a observé tout au long du suivi une anxiété généralisée qui n'a pas cédé au traitement. La psychologue en a tiré la conclusion que les éléments dépressifs et anxieux constatés après l'accident étaient réactionnels à celui-ci. Les nouvelles lésions aux genoux dues à l'accident avaient eu selon elle un impact dévastateur sur l'assuré.

28. Par décision du 3 octobre 2006, l'assureur-accidents, se fondant sur les conclusions de l'expertise, a considéré que les suites de l'accident du 26 mai 2004 étaient terminées au 31 août 2004, date qui marquait la fin des indemnités journalières. Il a en outre nié à l'assuré le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou à une rente.

29. Le 3 novembre 2006, l'assuré a fait opposition à cette décision, demandant son annulation et une nouvelle expertise. Il a conclu, sous suite de dépens, à la reconnaissance de son droit à toutes les prestations découlant de l'assurance-accidents, en particulier une indemnité pour atteinte à l'intégrité, de même qu'à l'octroi de l'assistance juridique dans la procédure administrative. En substance, il a considéré que l'expertise était insatisfaisante, notamment en ce qu'elle ne décrivait pas concrètement en quoi consistait la péjoration de son état de santé physique, que l'appréciation des symptômes de la dépression était intervenue plus de 22 mois après l'accident et enfin que le stress post-traumatique avait bien été diagnostiqué antérieurement.

30. Par décision sur opposition du 26 février 2007, reçue le lendemain, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition et confirmé sa décision initiale. Il a estimé que l'expertise, très fouillée et ayant pleine valeur probante, indiquait clairement que les douleurs dont souffrait l'assuré, à savoir des gonalgies bilatérales à mettre en relation avec une gonarthrose bilatérale préexistante, étaient antérieures à l'accident, et que le heurt dont il avait été victime était relativement bénin, de sorte que les explications des experts étaient convaincantes. En ce qui concerne le stress post-traumatique, l'assureur-accidents a considéré que le comportement de l'assuré avait été provocateur lors de l'altercation avec l'automobiliste, ce qu'avait ignoré Madame L_____, de sorte qu'elle n'avait qu'une connaissance laconique des événements. Celle-ci avait cependant expliqué que cet état s'était atténué pour disparaître au début 2005. Les Drs K_____ et J_____ n'avaient d'ailleurs pas constaté d'état dépressif.

31. Par acte du 29 mars 2007, l'assuré interjette recours contre cette décision. Il conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision attaquée, à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents, en particulier d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité et d'une rente pour diminution de rendement, et à l'octroi de l'assistance juridique pour la procédure d'opposition et de recours. Il soutient en substance que le rapport d'expertise comprend une présentation volontairement biaisée des circonstances de l'accident et aurait un contenu insuffisant, non fondé et blessant. Il se réfère au surplus aux arguments qu'il avait développés dans son opposition à la décision initiale.

32. A l'appui de ses conclusions, il produit une attestation de son assistant-social, Monsieur P_____, datée du 16 mars 2007. Se prononçant sur l'expertise, ce dernier précise que l'assuré a toujours eu pour préoccupation la recherche d'un

travail et non la recherche d'avantages assécurologiques. Selon lui, l'expertise majore la problématique alcoolique et minimise les autres affections psychiatriques ayant des répercussions sur la capacité de travail.

33. Par réponse du 28 juin 2007, l'assureur-accidents conclut au déboutement du recourant de toutes ses conclusions, sous suite de dépens. Il précise que la présentation des circonstances de l'accident, à savoir plus précisément le départ du conducteur de la voiture « avec l'accord des agents » n'est pas « biaisée », dans la mesure où ces agents ne se sont pas opposés à ce départ ainsi que cela ressort de la plainte déposée par le recourant. Il relève au surplus qu'il s'agit d'un point de détail. En ce qui concerne l'expertise, il soutient que les faits rapportés par les experts témoignent d'objectivité et que ceux-ci n'ont pas majoré la problématique alcoolique du recourant, attestée depuis fort longtemps et qui ne saurait être niée dans le cadre d'un examen médical. S'agissant de l'appréciation de l'expertise faite par l'assistant-social du recourant, l'intimée indique que celui-là n'a pas les compétences professionnelles pour se prononcer sur cette pièce, tout en relevant que l'expertise n'élude pas les angoisses récurrentes du recourant quant à son emploi.

34. S'agissant de la demande d'assistance juridique, le Tribunal de céans ouvre une procédure distincte, dans le cadre de laquelle il rend un arrêt séparé en date du 28 août 2007 (ATAS/904/2007), par lequel il se déclare incompétent pour trancher la question de l'assistance juridique dans le cadre du recours et rejette la demande d'assistance juridique dans le cadre de la procédure d'opposition.

35. Faisant suite à la demande du Tribunal de céans du 11 octobre 2007, le recourant a produit le rapport de Madame L_____ du 13 mai 2005 et celui du Dr E_____ du 24 février 2006, figurant sous ch. 10 et 12 ci-avant.

36. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

3. Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents, en particulier son droit à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité et à une rente. Le recourant se plaint tant de troubles physiques que psychiques.

4. L'assureur-accidents est tenu d'allouer des prestations pour les suites d'un accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). 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 404 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références).

   Lorsque l'assuré subit un nouvel accident pendant qu'il est en traitement pour un accident couvert par l'assurance et qu'il est incapable de travailler, mais encore assuré, l'assureur tenu de lui accorder les prestations jusqu'alors doit également allouer les prestations pour le nouvel accident, selon l'art. 100 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA). L'al. 2 de cette disposition dispose que si l'assuré est victime d'un accident alors qu'il est en traitement pour un ou plusieurs accidents, mais après avoir repris une activité soumise à l'assurance, l'assureur tenu de lui octroyer les prestations pour le nouvel accident alloue aussi les prestations pour les accidents précédentes, si le nouvel accident donne droit à des indemnités journalières.

5. En premier lieu, il sied d'examiner si l'intimée pourrait éventuellement être tenue de verser des prestations également pour les lésions en rapport avec l'accident survenu en 1999 en Belgique.

   Indépendamment de la question de savoir dans quelles conditions un assureur-accidents suisse pourrait être responsable des suites d'un accident survenu à l'étranger, il appert en l'occurrence que le recourant n'était pas en traitement pour les séquelles de l'accident de 1999 au moment de la survenance de celui de mai 2004, de sorte qu'une des conditions de l'art. 100 al. 2 OLAA fait défaut pour créer le cas échéant une obligation de l'intimée d'allouer ses prestations pour les lésions en rapport avec ce premier accident.

6. Il convient également d'établir si l'assuré a subi un accident au genou droit en février 2003. Dans l'affirmative, il y aurait également lieu de déterminer si les lésions au genou droit sont dans un rapport de causalité avec cet accident.

   Cependant, l'employeur n'a jamais annoncé un accident à cette époque à l'intimée. Il lui a uniquement signalé une incapacité de travail dès le 20 mars 2003 et l'intimée a versé ses prestations par la suite dans le cadre de l'assurance perte de gain en cas de maladie. Le recourant n'a mentionné la survenance d'un accident en février 2003 pour la 1ère fois qu'à la fin du mois de juin au Dr E_____, soit quatre mois plus tard. Dans ces conditions, le Tribunal de céans estime que la survenance d'un

accident en février 2003 ne peut être retenue avec une vraisemblance prépondérante.

7. Se pose dès lors uniquement la question du lien de causalité naturelle entre l'événement du 26 mai 2004 et les lésions à la santé.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre qu'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 no U 142 p. 75, consid. 4b).

8. En ce qui concerne la valeur probante d’un rapport médical, fondant la détermination du juge dans le cadre de l’examen du lien de causalité naturelle, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu.

Enfin, le médecin s'abstiendra de se prononcer en droit (ATF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné.

Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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.

La jurisprudence a cependant eu l'occasion de préciser qu'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/bb et cc).

9. En l'espèce, le Tribunal ne peut que constater que l'expertise médicale des Drs O_____ et N_____ du 23 mars 2006 remplit toutes les conditions posées par la jurisprudence pour se voir accorder une pleine valeur probante. Elle contient en particulier tous les éléments médicaux qui permettent de déterminer l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les affections dont souffre le recourant.

   a) Au niveau physique, le recourant souffrait déjà de douleurs dans les genoux avant l'accident du 26 mai 2004.

   Les médecins consultés en 2003 ont mis en évidence, au niveau du genou droit, des gonalgies sur ancienne déchirure partielle, antérieure à la chute de février 2003 , un kyste intra-tendineux post-traumatique du ligament croisé antérieur, probablement suite à la déchirure précitée, kyste finalement opéré en décembre 2003, une arthrose

fémoro-tibiale et des signes de chondropathie dégénérative débutante. Les médecins ont encore fait état d'un status post-méniscectomie interne partielle droite (1994) et d'un status post-méniscectomie interne gauche (1999). Ces atteintes sont clairement préexistantes à l'accident de mai 2004.

L'accident survenu en mai 2004 a provoqué chez le recourant des douleurs aux deux genoux, avec dermabrasion pré-rotulienne droite, des douleurs et des contractures para-vertébrales droites et une dermabrasion sous-orbitaire droite, constatées le jour même au service des urgences des HUG. Ces lésions n'ont pas justifié d'arrêt de travail. En mars 2006, les experts ont constaté chez le recourant des gonalgies bilatérales sur status post-méniscectomie interne partielle droite (1994) et sur status post-méniscectomie interne gauche (1999) et status post-résection à 90% du ligament croisé antérieur du genou droit (décembre 2003), gonalgies s'inscrivant dans le cadre de troubles dégénératifs (gonarthrose bilatérale). Au jour de l'examen, les genoux étaient calmes des deux côtés, sans signe inflammatoire. Il n'y avait pas d'instabilité latérale, antérieure ou postérieure sur le genou gauche, pas d'instabilité postérieure sur le genou droit. Aucun genou ne présentait d'épanchement. Il existait une discrète limitation de la flexion et un flexum discret cependant réductible, pas de signes méniscaux, une laxité antérieure droite et des signes en faveur d'une chondropathie rotulienne gauche. Par ailleurs, le recourant ne se plaignait plus du dos. Compte tenu de ces éléments, les experts ont considéré que l'accident avait entraîné une aggravation passagère de l'état antérieur, l'accident ayant pu décompenser un état maladif préexistant. A leur avis, la relation entre les gonalgies persistantes et l'accident n'était que possible. Ils ont ainsi admis que l'incapacité de travail n'était plus en rapport avec l'accident survenu en mai 2004 au plus tard le 31 août 2004.

Ces conclusions, bien motivées, ne présentent pas de contradictions avec les autres avis médicaux versés au dossier. Les experts partagent ainsi les diagnostics et constats des autres médecins, notamment rhumatologues, en ce qui concerne l'état de santé physique du recourant avant l'accident de mai 2004. Il importe de relever à cet égard que l'essentiel des avis versés au dossier se rapporte à l'année 2003. Il en découle que les douleurs ressenties par le recourant sont dues à des atteintes préexistantes dont l'intimée ne répond pas**.** Pour l'année 2004, pertinente pour évaluer l'impact de l'accident de mai 2004 sur la santé du recourant, seuls figurent au dossier les rapports brefs du Dr E_____ des 11 octobre 2004 et 24 février 2006. Ce médecin retient, à l'instar des experts, une gonarthrose à titre de diagnostic. Il confirme par ailleurs le retour au statu quo ante au 30 août 2004.

Dans ces circonstances, l'intimée s'est fondée à juste titre sur l'expertise et sur l'avis du Dr E_____, pour nier un lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par le recourant et l'accident dès le 31 août 2004, l'état antérieur étant alors revenu au stade où il se trouvait avant l'accident.

b) Sur le plan psychique, la question de la causalité naturelle peut rester ouverte, dès lors qu'il appert que le lien de causalité adéquate ne peut pas être admis, au vu de ce qui suit.

10. Selon la jurisprudence, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave; pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut que soient réunis certains critères particuliers et objectifs (ATF 115 V 139 sv. consid. 6, 408 consid. 5), dont les plus importants sont les suivants :

    - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;

    - la durée anormalement longue du traitement médical;

    - les douleurs physiques persistantes;

    - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;

    - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;

    - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

    Dans cette dernière éventualité, le juge des assurances ne peut admettre la causalité adéquate que si l'un des critères retenus s'est manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident, ou si ces critères déterminants se trouvent soit cumulés, soit réunis d'une façon frappante. En outre, il convient, aux fins de procéder à une classification des accidents de nature à entraîner des troubles psychiques, non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF précités).

11. En l'occurrence, l'accident dont a été victime le recourant représente un accident de peu de gravité, à la limite du caractère insignifiant. Même si l'on considérait que l'assuré a été exposé à un accident de gravité moyenne, les critères permettant de retenir l'existence d'un rapport de causalité adéquate selon la jurisprudence exposée ci-dessus ne seraient manifestement pas remplis. En effet, l'accident n'a pas présenté un caractère particulièrement impressionnant, le traitement médical n'a pas été anormalement long, il n'est pas mis en évidence d'erreurs dans le traitement médical, aucune difficulté ou complication n'est apparue au cours de la guérison et les douleurs physiques liées à l'accident ne revêtent pas un caractère persistant.

Enfin, l'incapacité de travail due aux lésions physiques résultant de l'accident n'atteint pas un degré et une durée particulière.

Par conséquent, le lien de causalité adéquate doit être nié entre les troubles psychiques et l'accident de mai 2004.

12. Le recourant conclut enfin à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité, sous forme de prestation en capital; celle-ci est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte et s'apprécie d'après les constatations médicales (cf. art. 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA).

En l'occurrence, le lien de causalité entre les atteintes persistantes et l'accident de mai 2004 doit être nié. Par conséquent, le recourant ne peut non plus prétendre à une telle indemnité.

13. Le Tribunal constate ainsi que la décision attaquée doit être confirmée et le recourant débouté de ses conclusions.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A 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); 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
Claire CHAVANNES	Maya CRAMER

La secrétaire-juriste

Sandrine TORNARE

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