

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1705/2005

ATAS/1088/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 29 novembre 2006

En la cause

Monsieur P _____, domicilié p.a. M. B _____,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître EMERY
Jacques

recourant

Contre

ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES, sise avenue du
Bouchet 2, GENEVE

intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente ; Doris WANGELER et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Monsieur C _____, né le 8 mai 1960, travaillait en qualité de cuisinier pour le Restaurant des Bosquets à Genève depuis le 1^{er} septembre 2003. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES (ci-après: ALLIANZ).
2. Par déclaration d'accident datée du 31 octobre 2003, l'employeur a annoncé à ALLIANZ qu'en date du 30 septembre 2003, l'assuré a glissé dans la cuisine à son lieu de travail, en se blessant à la jambe droite, ce qui a provoqué une déchirure du ligament. Depuis cette date, il était en arrêt de travail. Les premiers soins ont été prodigués par le Dr A _____, alors que la suite du traitement a été assurée par la Dresse B _____, tous deux médecins généralistes à la Permanence de Cornavin.
3. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit effectuée le 5 novembre 2003 par le Dr D _____, spécialiste FMH en radiologie, a mis en évidence une chondropathie rotulienne modérée, une déchirure complexe de grade III des cornes postérieure et moyenne du ménisque interne avec dégénérescence de la corne antérieure, une déchirure également de grade III des cornes moyenne et postérieure du ménisque externe, un status après ancienne rupture du ligament croisé antérieur, une chondropathie condylienne modérée dans sa partie centrale et des épines tibiales acérées entrant dans le cadre d'une gonarthrose.
4. Le 7 novembre 2003, le Dr E _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique auprès de la Permanence de Cornavin, a indiqué à ALLIANZ que l'assuré a consulté le jour de l'accident à la suite d'une glissade avec chute et entorse à la cheville et au genou droits. Une lésion méniscale interne du genou droit et une entorse à la cheville droite ont été diagnostiquées, ces lésions étant en relation directe avec l'accident. L'assuré devait subir une arthroscopie et une ménisectomie au genou droit. Le Dr E _____ a attesté une incapacité de travail totale depuis le 30 septembre 2003, la durée probable du traitement étant de quatre semaines.
5. Par courrier du 27 novembre 2003, le Dr F _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin conseil d'ALLIANZ, a demandé au Dr E _____ des précisions concernant le status orthopédique de ce patient. Il ressortait en effet d'une enquête que l'assuré avait eu un accident environ vingt ans auparavant, qui avait entraîné une instabilité antéropostérieure du genou susceptible d'engendrer une gonarthrose dont les signes étaient visibles à l'IRM du 5 novembre 2003.
6. Le Dr E _____ a répondu que l'examen clinique avait mis en évidence une douleur diffuse et une effusion et suspicion de lésion méniscale interne de ce genou

avec ébauche de signe de Mac Murray positif et palpation de l'interligne articulaire interne positive. Le squatting était impossible. Une IRM a confirmé la présence de la lésion méniscale interne. Il y avait aussi apparemment une rupture chronique du croisé antérieur. Sans pouvoir le certifier, il était raisonnable d'admettre la possibilité d'une relation de cause à effet entre l'accident survenu le 30 septembre 2003 et la lésion méniscale interne, le genou étant quasiment asymptomatique avant cet événement, selon les déclarations du patient.

7. Dans un rapport LAA du 4 décembre 2003, le Dr A_____ a indiqué avoir constaté un genou droit et une cheville droite enflés et douloureux. Il a posé les diagnostics d'entorse du genou droit et de la cheville droite. Il ressortait à l'anamnèse que l'assuré avait déjà eu mal de temps en temps à l'arrière du genou droit, sans que cela ne l'empêche de travailler à plein temps comme cuisinier. L'assuré n'avait jamais eu mal à la cheville droite avant l'accident. Par ailleurs, suite à la glissade, il avait aussi eu mal à l'épaule droite et à la colonne lombaire mais ces douleurs avaient disparu en quelques jours. L'assuré était incapable de travailler à 100% depuis le 30 septembre 2003, la durée de traitement probable étant de trois/quatre semaines.
8. Le 18 décembre 2003, une arthroscopie du genou droit, avec ménissectomie partielle de la corne antérieure et moyenne du ménisque externe et de la corne postérieure et moyenne, ainsi qu'antérieure, du ménisque interne, a été pratiquée. Le Dr E_____ a constaté à cette occasion une lésion qui paraissait relativement fraîche, en anse de sceau déchiquetée, de la corne antérieure et moyenne du ménisque externe. Il a aussi observé ce qui semblait être une vieille lésion de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne. Une vieille lésion du ligament croisé antérieur avec résorption quasi complète de celui-ci a aussi été observée.
9. En date du 15 janvier 2004, la Dresse B_____ s'est adressée au Dr F_____ pour lui signaler que l'assuré se plaignait de lombalgies depuis l'accident. L'examen radiologique de la colonne lombaire du 7 octobre 2003 n'avait pas montré de signes particuliers. L'assuré avait toutefois dû marcher en décharge avec des cannes après l'arthroscopie. Les lombalgies étaient devenues de plus en plus importantes, réfractaires au traitement antalgique et physiothérapeutique. Une expertise médicale paraissait donc nécessaire. Le Dr E_____ avait fixé la reprise de travail à 100% dès le 19 janvier 2004. Pour sa part, elle estimait nécessaire de prolonger l'arrêt de travail dans l'attente d'une détermination de l'assurance.
10. Interpellée par ALLIANZ, la Dresse B_____ a complété un rapport médical initial LAA en date du 2 février 2004. L'assuré, en chutant, avait subi une entorse de la cheville et du genou droits et souffrait de lombalgies post-traumatiques. Dans le rapport intermédiaire, daté du 4 février 2004, elle a confirmé l'existence d'une lésion méniscale interne et externe du genou droit. L'arthroscopie effectuée en

décembre 2003 présentait une bonne évolution mais des lombalgies persistaient. Une reprise de travail n'était pas envisagée, une expertise devant déterminer la durée probable du traitement.

11. Consulté à la demande de la Dresse B _____, le Dr G _____, spécialiste FHM en rhumatologie et en médecine physique et réhabilitation, a indiqué dans un courrier du 2 mars 2004 que, s'agissant du genou droit, il constatait sur le plan clinique une bonne trophicité musculaire et une bonne mobilité, sans signe d'instabilité ou de souffrance méniscale significative. L'assuré présentait encore des douleurs mécaniques à la marche après un périmètre d'environ 1 kilomètre, avec des épisodes de tuméfaction après marche prolongée, ainsi qu'une impression d'instabilité sans lâchage. Ces troubles étaient probablement à mettre en relation avec une arthrose débutante combinée à un status après ancienne rupture du ligament croisé antérieur, méniscectomie et chondropathie condylienne modérée. S'agissant des lombalgies, il constatait sur le plan clinique une bonne mobilité de la colonne lombaire. Il existait une palpation douloureuse en L4-L5 para-vertébrale droit et au niveau des ligaments ilio-lombaires. Une possible lésion de la capsule postérieure ou un étirement des ligaments ilio-lombaires post-traumatiques pouvaient être évoqués, le port de cannes anglaises ayant maintenu des surcharges localisées à ce niveau.
12. Une IRM de la colonne lombaire a été effectuée le 9 mars 2004. Selon le Dr D _____, celle-ci a révélé des séquelles de la maladie de SCHEUERMANN, des dégénérescences discales étagées avec discarthrose modérée en L4-L5 et L5-S1, de même qu'une hernie discale L4-L5 partiellement luxée vers le bas de localisation médiane et paramédiane gauche entrant en conflit avec la racine L5 gauche. Une ébauche de hernie discale L5-S1 et de l'arthrose interapophysaire postérieure prédominante en L4-L5 étaient aussi observées.
13. A la demande de l'assureur, le Dr H _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a examiné l'assuré le 23 mars 2004 et établi un rapport d'expertise en date du 30 mars 2004. S'agissant de l'anamnèse, l'assuré avait été victime d'un traumatisme au genou droit durant son service militaire au Portugal. Cet événement n'aurait pas eu de suite. L'assuré, qui vivait en Suisse depuis le mois de février 2003, a été licencié deux mois après l'accident du 30 septembre 2003. Du point de vue médical, l'assuré se plaignait de douleurs lombaires et au genou depuis l'accident. Une arthroscopie du genou droit avait eu lieu le 18 décembre 2003; les suites de l'intervention avaient été simples, l'assuré ayant dû marcher avec des cannes anglaises durant la période post-opératoire. Quant aux douleurs lombaires, les radiographies effectuées le 7 octobre 2003 n'avaient montré aucune lésion traumatique. L'assuré se plaignait toutefois que la marche à l'aide de cannes avait aggravé la symptomatologie douloureuse. Des infiltrations antalgiques semblaient soulager la douleur. Selon le Dr H _____, le status post-méniscectomie du genou droit était calme et les suites de l'intervention terminées. Il persistait une

discrète laxité ligamentaire antéropostérieure en rapport avec une ancienne déchirure du ligament croisé antérieur, sans rapport avec l'accident. Au niveau lombaire, les troubles dégénératifs et la hernie discale L4-L5 objectivés par l'IRM du 9 mars 2004 étaient préexistants. En conclusion, les déchirures dégénératives au genou droit, mises en évidence à l'IRM du 5 novembre 2003 et préexistantes, pouvaient avoir été aggravées par l'accident. Une relation de causalité entre l'événement accidentel et l'atteinte méniscale au genou droit paraissait donc vraisemblable et la prise en charge par l'assureur de ce traumatisme et de ces suites était justifiée. Le genou droit était toutefois rétabli. Quant aux troubles à la colonne lombaire, ils étaient préexistants et ne pouvaient pas être mis en relation avec l'accident en cause. Tout au plus, il pouvait être question d'une aggravation passagère d'un état antérieur. De l'avis du Dr H_____, l'assuré était en mesure de reprendre son ancienne activité de cuisinier à plein temps, sans restriction. Partant, tant s'agissant des douleurs lombaires que des troubles au genou droit, le *statu quo sine vel ante* était atteint au jour de l'examen, le 23 mars 2004. L'obésité de l'assuré et l'état de sa colonne lombaire militaient pour un changement de l'activité professionnelle, sans rapport toutefois avec l'événement accidentel du 30 septembre 2003. L'état définitif étant atteint au jour de l'expertise, aucun traitement n'était nécessaire, en rapport avec l'accident.

14. Se fondant sur les conclusions du Dr H_____, ALLIANZ a informé l'assuré, par courrier du 8 avril 2004, qu'elle entendait mettre un terme aux prestations d'assurance avec effet au 23 mars 2004, le *statu quo ante* ayant été atteint à cette date. Un délai de trente jours lui était accordé pour prendre position à cet égard.
15. Dans un rapport daté du 26 avril 2004, le Dr G_____ a signalé que les lombalgies chroniques sur discopathie L4-L5 et L5-S1 avec hernie discale L4-L5 étaient probablement en relation avec l'accident, le traitement étant terminé en ce qui le concernait le 5 avril 2004. Il ne pouvait pas se prononcer sur la capacité de travail de l'assuré, cette question relevant du médecin traitant. Il proposait, à titre de traitement, des infiltrations facettaire et foraminale L4-L5.
16. Le 5 mai 2004, la Dresse B_____ a informé ALLIANZ qu'elle avait adressé le patient au Dr G_____, qui avait admis une causalité entre l'accident et les lombalgies. Compte tenu des conclusions du Dr H_____, qui avait admis la relation de causalité mais estimé qu'une reprise de travail était exigible à 100%, elle avait essayé de faire comprendre à son patient que les lombalgies dont il souffrait ne constituaient qu'une aggravation passagère d'un état antérieur. L'assuré avait toutefois décidé de contester la position de l'assurance. Pour sa part, elle avait fermé le dossier le 30 avril 2004.
17. Par l'intermédiaire du Syndicat industrie et bâtiment, l'assuré a fait valoir, en date du 6 mai 2004, que la décision de mettre un terme aux prestations d'assurance dès

le 23 mars 2004 était sans fondement juridique et pour le moins prématurée, comme le démontrait le courrier de la Dresse B _____ du 5 mai 2004.

18. Par décision du 27 mai 2004, ALLIANZ a confirmé à l'assuré que les prestations d'assurance n'étaient plus servies au-delà du 23 mars 2004, le statu quo ante ayant été atteint à cette date. L'assureur relevait que la Dresse B _____ ne faisait état, s'agissant des lombalgies, que d'une aggravation passagère d'un état antérieur, ce qui n'était pas en contradiction avec les conclusions du Dr H _____. Elle avait clos le dossier le 30 avril 2004, sans pour autant que cette date puisse être retenue à la place de celle arrêtée par l'expert, à l'issue d'un examen approfondi.
19. Dans un courrier du 11 juin 2004, la Dresse B _____ a rappelé qu'elle avait sollicité une prise en charge de l'assuré par ALLIANZ jusqu'au 30 avril 2004. Depuis, l'état de santé de son patient s'était plutôt aggravé; elle avait conseillé à son patient de revoir le Dr G _____.
20. En date du 22 juin 2004, une nouvelle IRM du genou droit a été effectuée. Le Dr I _____, radiologue, a décrit dans son rapport un aspect irrégulier mal défini de la corne postérieure du ménisque interne avec un trait oblique passant à travers la surface articulaire. Ces éléments étaient compatibles avec une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne. Le ménisque externe était d'aspect normal. Le ligament croisé antérieur et celui postérieur étaient d'aspect normal.
21. Représenté par Me Jacques EMERY, avocat, l'assuré a formé opposition, en date du 1^{er} juillet 2004, à la décision de l'assureur de mettre un terme aux prestations d'assurance au-delà du 23 mars 2004. Principalement, il concluait à l'octroi d'indemnités journalières au-delà de cette date, sur la base d'un taux d'incapacité de travail de 100%, ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité entière et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Subsidiairement, il sollicitait la mise en place d'une expertise par le service de rhumatologie de l'Hôpital cantonal de Genève. A son avis, l'expertise du Dr H _____ était contradictoire en tant qu'elle retenait que l'activité de cuisinier pouvait être reprise sans restriction dès le 23 mars 2004 alors qu'il admettait la persistance de la symptomatologie douloureuse au niveau de la colonne lombaire. Par ailleurs, contrairement à l'avis de l'expert, les déchirures dégénératives du genou droit s'étaient aggravées suite à l'accident. Aussi, les conclusions de l'expertise étaient en contradiction avec les données de la dernière IRM effectuée le 22 juin 2004, qui mettait en évidence une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne, ce qui n'était pas compatible avec la guérison des lésions méniscales au genou droit, évoquée par l'expert. L'expert se trompait d'ailleurs lorsqu'il constatait l'existence d'une déchirure du ligament croisé antérieur survenue avant l'accident. Enfin, au niveau lombaire, l'assuré souffrait de lombalgies droites, alors que la hernie discale entraînait en conflit avec la racine L5 gauche, ce qui laissait penser que les douleurs étaient post traumatiques.

22. A la demande de la Dresse B _____, l'assuré a été examiné par le Dr J _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique. Ce médecin a indiqué, dans un courrier du 16 juillet 2004, que le genou droit ne présentait que l'épanchement articulaire mineur, amyotrophie de 1.5 cm au niveau de la cuisse droite, la rotule étant sans particularité. L'examen des ligaments croisés était extrêmement difficile, car le patient était trop crispé et les tests presque impossibles. Le test de Lachmann était à son avis négatif, avec l'arrêt un peu retardé, suite probablement à une distension du ligament croisé antérieur. Les tests méniscaux étaient incertains. Les clichés de l'IRM mettaient en évidence une fente dans le ménisque interne. Ces images étaient toutefois difficiles à interpréter après une intervention chirurgicale, car il pouvait s'agir d'une nouvelle déchirure ou d'un artefact. Une nouvelle arthroscopie du genou droit paraissait nécessaire.
23. Une nouvelle IRM du genou droit a été effectuée en date du 28 octobre 2004 par le Dr K _____, radiologue. Les données recueillies parlaient en faveur d'une déchirure des deux ménisques, à savoir une déchirure verticale de la corne postérieure du ménisque interne (grade III) et une déchirure oblique du segment moyen et de la corne postérieure du ménisque externe. Une déchirure complète, d'allure ancienne, du ligament croisé antérieur et de l'arthrose fémoro-tibiale et chondropathie fémoro-patellaire externe étaient aussi mises en évidence.
24. Par courrier du 28 octobre 2004, le Dr L _____, chirurgien, a écrit au Dr M _____, responsable des services de chirurgie des HUG, pour faire valoir qu'il ne comprenait pas pour quelle raison l'assuré n'était pas pris en charge de manière plus agressive, la consultation de poly-orthopédie s'étant bornée à lui prescrire de continuer la réhabilitation du genou. Il préconisait une plastie du ligament croisé antérieur avec réparation des ménisques en même temps, les possibilités thérapeutiques conservatrices étant à son avis épuisées. Il fallait éviter que le patient entre dans un état de sinistrose chronique.
25. En date du 2 décembre 2004, ALLIANZ a interpellé le Dr H _____, afin de savoir si les nouveaux rapports médicaux et d'IRM produits par l'assuré, de même que les critiques formulées par celui-ci au sujet des contradictions contenues dans l'expertise, étaient de nature à modifier ses conclusions.
26. Le Dr H _____ a répondu en date du 16 décembre 2004. Il convenait selon lui de faire une distinction entre l'aggravation, suite à l'accident, de la déchirure méniscale dégénérative et l'aggravation de l'état dégénératif du genou. Seule la première était possible alors que la seconde n'entrait pas en ligne de compte. S'agissant des images dégénératives des deux ménisques du genou droit, ressortant des IRM effectuées en 2004, elles ne faisaient que confirmer un état déjà observé lors de la première IRM du 5 novembre 2003 et objectivé lors de l'arthroscopie du 18 décembre 2003. Ces images pouvaient ainsi correspondre soit à des images post-opératoires résiduelles, soit à des déchirures lentes, spontanées et en rapport avec

l'état dégénératif prononcé des ménisques. S'agissant des troubles à la colonne lombaire, dans la mesure où les examens pratiqués une semaine après l'accident n'avaient pas mis en évidence de lésion traumatique, les constatations ressortant de l'IRM du 9 mars 2004 ne pouvaient pas être mises en relation avec l'accident, qui avait certes pu déclencher des douleurs mais qui n'était pas responsable de l'état dégénératif de la colonne. Par ailleurs, même si la hernie discale observée était localisée du côté gauche, elle pouvait occasionner des douleurs aussi du côté droit. Les hernies discales traumatiques étaient d'ailleurs rarissimes. Partant, six mois d'évolution étaient à cet égard suffisants pour atteindre le statu quo ante/sine. La capacité de travail de l'assuré, en relation avec l'accident du 30 septembre 2003, était par conséquent entière au-delà du 23 mars 2004. Si l'assuré s'estimait incapable de travailler, du fait des douleurs à sa colonne lombaire, cette incapacité ne trouvait plus son origine dans cet accident, au-delà de cette date.

27. Par courrier du 2 mars 2005, le Dr M_____ a informé le conseil de l'assuré qu'il suivait le patient depuis le 19 janvier 2005, à la demande du Dr N_____ de l'Hôpital de Beau-Séjour, pour les problèmes aux genoux. Il était incapable de dire si les lésions post-traumatiques des deux genoux observées étaient les séquelles du seul accident dont le patient disait avoir été victime le 30 septembre 2003. L'arthroscopie du genou droit n'avait en tout cas pas permis de régler entièrement le problème. L'assuré avait toujours un problème de lésion ligamentaire post-traumatique aux deux genoux; une reconstruction chirurgicale n'était en soi pas interdite bien que la surcharge pondérale du patient constituât une contre-indication à l'intervention. Il concluait qu'à son avis l'assuré relevait de l'assurance-accidents.
28. Le 7 mars 2005, le conseil de l'assuré a sollicité de l'assureur qu'il statue sans tarder sur l'opposition de son mandant. A cette occasion, il a sommé ALLIANZ de prendre en charge les suites de l'accident au-delà du 23 mars 2004, les explications complémentaires fournies par le Dr H_____ étant en contradiction avec les avis des Drs M_____ et L_____.
29. ALLIANZ a répondu, en date du 11 mars 2005, qu'il n'existait aucune contradiction entre le rapport du Dr H_____ et les autres pièces médicales versées au dossier, en particulier les rapports des Drs E_____ et M_____. Quant à la lésion ligamentaire post-traumatique évoquée par le Dr M_____, elle était antérieure à l'accident, car seuls des problèmes méniscaux au genou droit étaient, d'après l'ensemble des rapports médicaux, en relation avec l'accident. Enfin, le Dr H_____ n'avait pas nié l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les lésions au genou droit.
30. Par décision sur opposition datée du 4 avril 2005, ALLIANZ a confirmé la décision du 27 mai 2004 de mettre un terme aux prestations d'assurance dès le 23 mars 2004. Les conclusions du Dr H_____ étaient convaincantes et n'étaient au

demeurant contredites par aucun des médecins consultés. En particulier, le Dr E_____ avait lui-même affirmé que la relation de cause à effet entre l'accident et la lésion méniscale interne, voire externe, n'était que possible. Quand au Dr M_____, il a admis être dans l'incapacité de dire si les lésions étaient les séquelles de l'accident.

31. Par acte daté du 19 mai 2005, mis à la poste le 20 mai 2005, l'assuré a interjeté recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales contre la décision sur opposition du 4 avril 2005, en concluant à l'octroi d'indemnités journalières au-delà du 23 mars 2004, au versement d'une rente d'invalidité entière et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Subsidiairement, il a sollicité la mise en place d'une expertise judiciaire. Le recourant a fait valoir que les lésions méniscales observées après l'accident et qui avaient justifié l'opération du mois de décembre 2003, étaient toujours présentes une année après l'accident. Par ailleurs, en raison de l'échec à l'opération du genou droit, le recourant s'était appuyé sur le genou gauche, ce qui avait entraîné des lésions ligamentaires ayant nécessité une nouvelle intervention. Partant, ALLIANZ était tenue de verser des prestations d'assurance au-delà du 23 mars 2004. Par ailleurs, l'IRM du 5 novembre 2003 avait mis en évidence une dégénérescence de la corne antérieure, alors que l'IRM du 23 juin 2004 signalait une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne. Partant, ALLIANZ ne pouvait pas de bonne foi affirmer que les troubles observés en juin 2004 n'étaient que le reflet de l'évolution dégénérative déjà observée en novembre 2003.

Le recourant a joint à son recours, notamment, un courrier du Dr M_____ au Dr F_____, du 12 avril 2005, dans lequel le premier informait le second qu'il avait effectué une nouvelle arthroscopie du genou droit compte tenu de la persistance des symptômes, la première intervention de décembre 2003 ayant été accompagnée d'un volumineux hématome et d'une douleur tenace du genou pendant plusieurs mois. Par ailleurs, suite à un nouvel accident survenu en juin 2004, une arthroscopie du genou gauche a été pratiquée le 29 mars 2005, qui a mis en évidence une déchirure en anse de seau des deux ménisques, dont l'un était luxé. A son avis, les deux accidents dont le patient avait été victime au niveau de ses deux genoux étaient clairement établis, même si le ligament croisé antérieur droit était déficient déjà en 2003. L'état du patient s'améliorait et une reprise du travail pouvait être envisagée dans un avenir proche. Le recourant a aussi produit toute une série de certificats d'arrêts de travail, soit celui de la Dresse B_____ attestant d'une incapacité de travail entière du 30 septembre 2003 au 1^{er} juillet 2004, celui du Dr Alain N_____, chef de clinique au service de rééducation de Beau-Séjour, attestant d'une incapacité de travail entière du 1^{er} juillet au 31 décembre 2004, et ceux établis par le Dr M_____, pour la période du 1^{er} janvier au 30 juin 2005.

-
32. Le 9 juin 2005, le Dr F_____ a signalé au Dr M_____ qu'ALLIANZ n'assurait que les suites de l'accident du 30 septembre 2003, l'assuré ne faisant plus partie du cercle des assurés au mois de juin 2004. La question qui se posait était donc celle de savoir si l'intervention pratiquée par lui le 1^{er} février 2005 au genou droit présentait un lien de causalité possible, vraisemblable ou certain avec l'accident du 30 septembre 2003.
33. Le 14 juin 2005, le Dr M_____ a expliqué qu'il était certain que l'arthroscopie du genou droit pratiquée le 1^{er} février 2005 avait un lien avec l'accident du 30 septembre 2003. En effet, le patient se plaignait de douleurs importantes et persistantes depuis cet accident et l'arthroscopie consécutive. Par ailleurs, une IRM du 28 octobre 2004 avait montré des signes compatibles avec une déchirure des deux ménisques. L'arthroscopie n'avait pas montré de nouvelle déchirure du ménisque mais une lésion cartilagineuse de stade II sur le condyle interne. Le lavage effectué avait permis d'améliorer les symptômes douloureux. Lors du dernier contrôle du 13 juin 2005, le genou droit ne montrait plus d'état inflammatoire et le patient avait admis que les douleurs avaient diminué.
34. Par courrier du 7 juillet 2005, le Dr F_____ a exposé à ALLIANZ que selon les renseignements obtenus du Dr M_____, une redéchirure du ménisque interne droit, opéré la première fois le 8 décembre 2003 (recte: 18 décembre 2003) par le Dr E_____, était suspectée. L'arthroscopie n'avait pas confirmé la suspicion de diagnostic mais le Dr M_____ était fondé à la pratiquer. Le Dr F_____ a signalé que selon lui il existait un lien de causalité entre la nécessité d'effectuer une nouvelle arthroscopie et l'accident du 30 septembre 2003. Une incapacité de travail théorique d'une semaine après l'intervention pouvait être retenue, vu l'absence de lésion.
35. Dans sa réponse au recours, datée du 12 août 2005, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Les conclusions du Dr H_____ ne contenaient aucune contradiction, la citation des rapports IRM faite par le recourant étant erronée et tronquée. Le genou droit devait être considéré comme rétabli au 23 mars 2004, l'entorse intervenue au mois de septembre 2003 ayant pu aggraver l'état dégénératif de ce genou, le statu quo ante/sine ayant été atteint six mois plus tard. Le Dr M_____, lors de la nouvelle intervention du 1^{er} février 2005, avait d'ailleurs constaté que le soupçon d'une re-déchirure du ménisque interne du genou droit n'était pas fondé, l'arthroscopie ayant mis en évidence une lésion cartilagineuse de stade II sur le condyle interne (courrier du Dr M_____ au Dr F_____ du 14 juin 2005 et compte-rendu opératoire du 1^{er} février 2005). Quant au nouvel accident au genou gauche, que le recourant s'était bien gardé de signaler, il était du ressort de la SUVA. Les lésions ligamentaires n'étaient quant à elles pas en relation avec l'accident. S'agissant de la hernie discale, la jurisprudence avait clairement établi qu'un accident ne pouvait qu'exceptionnellement être la cause proprement dite d'une telle affection, celle-ci
-

étant le plus souvent d'origine dégénérative. Partant, il fallait partir de l'idée que l'accident n'avait pu que participer d'une aggravation transitoire et limitée dans le temps et non définitive.

36. Par courrier du 23 août 2005, le conseil du recourant a sollicité l'ouverture des enquêtes, au motif que les parties divergeaient au sujet du lien de causalité entre l'accident du 30 septembre 2003 et les lésions ligamentaires post traumatiques survenues au genou gauche après le mois de juin 2004. Il convenait aussi d'entendre d'autres médecins au sujet de la question de la capacité de travail du recourant au-delà du 23 mars 2004.
37. Une audience de comparution personnelle des parties a eu lieu le 9 novembre 2005. A cette occasion, le recourant a déclaré qu'il avait eu un premier accident durant son service militaire au Portugal, à l'âge de 20 ans, au cours duquel il avait subi une déchirure du ligament croisé antérieur du genou droit, traité par infiltration, laser, vapeur et massage. Après trois semaines, la situation s'était stabilisée et il avait pu reprendre son service militaire. Le genou ne l'avait plus gêné depuis; il ne ressentait une petite douleur que lorsqu'il faisait du football ou des efforts. Le 30 septembre 2003, pendant son travail, il a glissé sur le sol couvert de gras, de la cuisine du restaurant. La cheville s'est tordue et tout le reste de la jambe a suivi. Il a ressenti un choc électrique et il est tombé en arrière. Il a tenté de se retenir quelque peu avec la main droite. Il a indiqué avoir consulté le soir même de l'accident à la Permanence de Cornavin, où le Dr A _____ a pratiqué les premiers soins. Ce n'est qu'un mois plus tard qu'il a été examiné par le Dr E _____ qui a suspecté immédiatement un problème du ménisque, ce qui a été confirmé à l'IRM. Après l'arthroscopie, il a revu le Dr E _____ en date du 9 janvier 2004. Son genou avait quasiment triplé de volume, mais le Dr E _____ lui a indiqué qu'il pouvait reprendre à travailler à 100% dès le 1^{er} février. Le recourant lui a signalé son étonnement, vu l'état de son genou, mais le Dr E _____ lui a répondu que s'il n'était pas content, il n'avait qu'à rentrer chez lui. En date du 10 juin 2004, il s'est tordu le genou gauche en descendant du bus, et il est tombé.
38. A l'issue de cette audience, le Tribunal de céans a ordonné l'ouverture des enquêtes.
39. Lors de l'audience du 15 février 2006, le Dr A _____ a indiqué avoir prodigué les premiers soins le 30 septembre 2003 et soigné le recourant jusqu'au 3 octobre 2003. Dans un premier temps, immédiatement après l'accident, les douleurs para vertébrale et lombaire étaient prédominantes, raison pour laquelle les douleurs au genou n'ont été investiguées que dans un deuxième temps. L'assuré a ensuite été pris en charge par la Dresse B _____. Lorsqu'il a revu le recourant le 2 janvier 2004, celui-ci se plaignait de douleurs au genou droit qui était enflé après l'intervention, ce qui n'était pas anormal. Le Dr A _____ a affirmé adhérer en grande partie aux conclusions de l'IRM, à savoir que le patient souffrait d'une chondropathie dégénérative chronique. C'était très probablement l'accident du 30

septembre 2003 qui avait causé une rupture supplémentaire du ménisque sur un genou déjà fragilisé. La lésion ancienne du ligament croisé antérieur, constatée à l'arthroscopie avait pu aussi être aggravée par l'accident. S'agissant du ménisque interne, il a exposé que la déchirure de la partie antérieure était probablement ancienne. S'agissant du ménisque externe, il s'agissait d'une nouvelle lésion. Il a expliqué qu'en présence d'une dégénérescence de la corne du ménisque, il est difficile de dire avec certitude que la déchirure est nouvelle ou pas. Il a affirmé qu'il était probable que la déchirure du ménisque interne ait été causée par l'événement accidentel. Il a précisé qu'il s'agissait d'une aggravation. Le facteur poids était un élément aggravant, de même que la tension du genou et la chute. La convalescence après une intervention par arthroscopie était plus longue en présence d'éléments dégénératifs, mais il ne pouvait pas se prononcer sur la durée de l'incapacité de travail.

40. Entendue le même jour, la Dresse B_____ a exposé avoir soigné le recourant du 13 octobre 2003 au 13 juillet 2004. Elle a sollicité le concours de nombreux autres spécialistes durant cette période. Le recourant présentait lors de la première consultation un genou droit légèrement gonflé avec limitation des mouvements. Il se plaignait de douleurs à la cheville droite et au pied droit ainsi qu'au niveau para lombaire. Elle a adressé le patient au Dr E_____, qui l'a examiné le 30 octobre 2003, fait effectuer une IRM au mois de novembre et pratiqué une arthroscopie en décembre 2003. Au mois de janvier 2004, elle a constaté une évolution non favorable du genou droit et de la colonne. En particulier, le genou était toujours enflé, tuméfié et douloureux à la palpation. A la réception de l'expertise du Dr H_____, elle a été surprise de la date de la fin de la prise en charge fixée au 23 mars 2004, raison pour laquelle elle a écrit à l'assureur le 5 mai 2004, en proposant une prise en charge jusqu'au 30 avril 2004. Bien qu'elle ait fait état d'une évolution plutôt aggravée le 11 juin 2004, elle a maintenu que le traitement était terminé le 30 avril 2004, de son point de vue de médecin généraliste.
41. A l'issue de l'audience d'enquêtes du 15 février 2006, le recourant a été invité à déposer auprès du Tribunal de céans une copie de son opposition et des pièces annexes et l'intimée à produire le dossier médical complet.
42. A l'audience d'enquêtes du 15 mars 2006, le Dr E_____ a expliqué qu'il avait initialement prévu que le traitement se terminerait après quatre semaines, car il s'agissait du temps normal dans les cas de déchirures du ménisque. Le recourant présentait une lésion chronique du ligament croisé antérieur, ce qui développait souvent des déchirures du ménisque qui pouvaient passer inaperçues. Il ne pouvait donc pas affirmer que les deux lésions méniscales observées chez le patient trouvaient nécessairement leur origine dans l'accident, étant précisé qu'il ignorait l'état du genou avant. S'agissant de la reprise du travail prévue pour le 19 janvier 2004, dans l'activité de cuisiner, le Dr E_____ avait jugé disproportionnées

les plaintes du patient par rapport au status clinique après l'intervention et au status préopératoire du genou. Lors de l'arthroscopie, la lésion du ménisque externe était clairement fraîche, alors que celle du ménisque interne paraissait plutôt ancienne. La déchirure du ménisque interne n'avait pas forcément été aggravée par l'accident; c'était plutôt la déchirure du ménisque externe qui avait entraîné les douleurs ressenties par le patient. Le Dr E_____ a précisé qu'une déchirure de grade III atteignait la surface du ménisque et nécessitait presque toujours une intervention chirurgicale si elle était symptomatique. Une déchirure de grade III pouvait être aussi asymptomatique. Lors de l'arthroscopie, le Dr E_____ n'a pas constaté d'arthrose. Au mois de janvier 2004, le genou de l'assuré était bien, ne présentait pas de tuméfaction, nonobstant les plaintes du patient. Le genou était en revanche enflé dans les 24 - 48 heures consécutives à l'opération, ce qui n'était pas anormal. La méniscectomie pratiquée étant partielle, une déchirure méniscale de grade III pouvait encore être visible à l'IRM postérieurement à l'arthroscopie. Quant au ligament croisé antérieur (LCA), il ne pouvait pas être intact, comme l'indiquait l'IRM du mois de juin 2004, dès lors qu'il n'existait plus car il avait été résorbé avec les années. Le rapport d'arthroscopie de février 2005 du Dr M_____ faisait d'ailleurs état d'un LCA absent et confirmait l'absence de lésions résiduelles des deux ménisques, seule une usure du compartiment interne de grade II étant observée. L'arthroscopie par le Dr M_____ avait été faite à but diagnostique, sans geste chirurgical; de l'avis du Dr E_____ cette nouvelle intervention était inutile.

Le Dr H_____, entendu le même jour, a signalé d'emblée que le recourant avait, selon l'anamnèse, une déchirure du LCA, de nature à aboutir, à moyen ou long terme, à une arthrose du genou. Une entorse banale pouvait provoquer une lésion, même s'il était difficile de déterminer exactement la quelle, mais ne pouvait pas entraîner une déchirure complexe des deux ménisques. Une instabilité chronique liée à la déchirure du LCA pouvait entraîner des déchirures méniscales progressives complexes, par l'usure, la complexité devant être mise en relation plutôt à l'état préexistant. Dans le cas d'espèce, les suites opératoires ont été simples, raison pour laquelle le statut quo ante / sine a été fixé au 30 mars 2004. Le Dr H_____ a rajouté que les déchirures complexes n'étaient pas des déchirures fraîches. Par ailleurs, le fait que le Dr E_____ n'eut pas remarqué d'arthrose à l'arthroscopie s'expliquait par le fait que le chirurgien ne voit qu'en surface, alors que les radiographies ou l'IRM permettent de voir en profondeur. Le Dr H_____ a confirmé que le recourant se plaignait de douleurs au genou droit, accompagnées de tuméfaction, mais qu'à l'examen clinique il avait constaté un genou droit calme et sec, les signes méniscaux étaient négatifs et il n'y avait pas de points douloureux à la palpation. Le fait que le genou présentait un état dégénératif à l'IRM était compatible avec le fait que la méniscectomie avait été partielle. Dans ce cas, la partie du ménisque qui subsiste peut très bien se fendiller. De telles déchirures n'étaient ni en relation avec une intervention mal faite ni avec

l'accident. Seule une méniscectomie totale aurait permis d'éviter toutes les déchirures, ce qui ne se pratique pas.

Le Dr L_____, également entendu en qualité de témoin, a précisé au Tribunal de céans qu'il avait examiné l'assuré le 13 septembre 2004 et constaté qu'il était déprimé, découragé parce qu'il n'était pas guéri. Dans ces cas, il s'agit d'éviter un état de sinistrose. A l'examen, le genou droit était instable, avec des signes d'inflammation et de rupture du LCA, ainsi qu'une petite enflure postérieure. Il présentait aussi un discret blocage en flexion. Ce spécialiste n'avait pas constaté d'arthrose à l'examen clinique et il attribuait l'état du genou à la rupture du LCA. Le recourant était incapable de travailler dans son métier. Le Dr L_____ a indiqué que seule la partie déchirée du ménisque est enlevée lors d'une arthroscopie. Il était donc possible de subir d'autres déchirures du ménisque restant. A son avis, si le genou demeurait enflé, c'est parce qu'il y avait un phénomène de rabot, le genou n'étant plus retenu par le ligament croisé mais par la musculature. En signalant deux déchirures des deux ménisques, il ne pouvait pas affirmer qu'elles étaient postérieures à l'opération effectuée par le Dr E_____ et il n'était pas possible de dater ces déchirures. Dans la mesure où l'IRM de 2003 faisait mention de deux déchirures, cela lui paraissait en contradiction avec le rapport opératoire. Le Dr L_____ a rajouté que la présence d'arthrose à l'IRM n'est pas toujours confirmée à l'arthroscopie.

43. Lors de l'audience d'enquêtes du 17 mai 2006, le Dr M_____ a exposé qu'il avait vu le patient pour la première fois au début de l'année 2005. Il était en incapacité de travail totale au vu des douleurs aux deux genoux. D'après les déclarations du patient et les documents en sa possession, l'incapacité de travail résultait de l'accident, les faits ayant démontré que l'assuré n'avait pas pu reprendre son activité de cuisinier en mars 2004. L'arthroscopie pratiquée au genou droit au mois de février 2005 n'avait pas comporté de geste chirurgical à part le lavage articulaire. A cette occasion, il avait constaté une lésion cartilagineuse, qui n'avait pas été décrite lors de la première intervention. Il s'agissait d'une lésion récente, postérieure à la première arthroscopie et qui avait pu être provoquée par celle-ci. L'assuré avait affirmé que les deux genoux avaient été victimes d'un phénomène de torsion lors du premier accident. Un nouvel accident avait effectivement eu lieu en été 2004. L'évolution post-opératoire du genou droit n'avait pas été favorable, sans qu'il fût possible d'en expliquer les raisons, alors que le genou gauche, opéré en mars 2005, avait évolué favorablement. A son avis, le genou droit avait évolué lentement mais favorablement, mais d'autres plaintes s'étaient surajoutées, sous forme de douleurs musculaires du dos, des limitations de la mobilité pouvant avoir un retentissement sur le rachis. En hiver 2006, le recourant n'était toujours pas en mesure de reprendre son travail. Une reprise à 50% avait été envisagée en automne 2005, mais cela ne s'est pas fait car le patient a décompensé d'autres syndromes douloureux. D'après les constatations faites à l'arthroscopie, les surfaces cartilagineuses étaient en bon état, sauf au niveau du condyle fémoral interne où il y

avait lésion. Il n'était pas possible de parler d'un état dégénératif du genou. Quant aux lésions ligamentaires qui avaient eu lieu une vingtaine d'années auparavant, elles pouvaient entraîner des troubles dégénératifs pouvant aboutir à de l'arthrose, mais dans ce cas les données radiologiques et les constatations opératoires sont différentes. Le Dr M_____ a confirmé qu'il n'avait pas constaté de nouvelles déchirures méniscales, mise à part la lésion cartilagineuse. Il ne comprenait pas comment l'expert mandaté par ALLIANZ avait pu constater un état satisfaisant du genou droit. A son avis, l'état du genou s'était aggravé de manière régulière. L'assuré n'avait pas retrouvé sa fonction du genou droit, du point de vue de la mobilité. Le genou présentait une inflammation et des épanchements récidivants. Il a rajouté que certains patients ne se remettaient jamais d'une méniscectomie, une entorse du genou pouvant entraîner une déchirure complexe des deux ménisques. Des lésions aux LCA n'entraînaient pas toujours une instabilité du genou. Il était exact qu'une instabilité chronique des genoux liée à des lésions des ligaments croisés entraînait à plus ou moins long terme une usure des ménisques et des cartilages, de même que des déchirures méniscales, qui n'étaient toutefois pas celles qui avaient été décrites pour le patient.

A la même audience, le témoin Dr N_____, spécialiste en médecine de rééducation, a exposé quant à lui qu'en tant que successeur du Dr G_____, il soignait le recourant depuis le 10 novembre 2004, et qu'il avait délivré des certificats d'incapacité de travail à 100%, car dans la profession de cuisinier, la position debout et statique était contre-indiquée, compte tenu des douleurs aux membres inférieurs, prédominant au genou droit. A son avis, dans la mesure où le patient n'avait pas d'antécédent particulier, les lésions au ménisque constatées après l'accident étaient nouvelles. Il a affirmé avoir constaté un genou globalement douloureux, avec une réaction inflammatoire. A l'examen clinique, il trouvait plus d'éléments concernant les ménisques, mais pas d'instabilité consécutive aux ligaments croisés. L'évolution du genou droit suite à l'arthroscopie effectuée au mois de février 2005, n'était pas favorable. Le recourant était selon lui toujours incapable d'exercer l'activité de cuisinier, à cause du genou droit, dès lors qu'après une heure et demie de travail debout, le patient présentait un gonflement du genou.

44. Dans sa détermination après enquêtes, datée du 16 juin 2006, le recourant a conclu à ce que des indemnités journalières lui soient servies au-delà du 23 mars 2004, sur la base d'un taux d'incapacité de travail de 100%. En effet, la première arthroscopie n'avait pas permis de guérir les lésions observées et de soulager les douleurs. Bien au contraire, elle avait provoqué une lésion cartilagineuse conduisant à un dommage handicapant. Le recourant a aussi conclu à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, au versement d'intérêts moratoires et au remboursement des frais de traitement.
45. Dans ses conclusions du 15 juin 2006, ALLIANZ a conclu à la confirmation de la décision entreprise. Le statu quo sine/ante avait été atteint à la date de l'expertise

effectuée par le Dr H_____. Aucun des médecins consultés postérieurement n'avait en effet démontré l'existence de lésions méniscales postérieurement à l'expertise. Bien au contraire, l'arthroscopie effectuée par le Dr M_____ au mois de février 2005 avait permis de constater que les lésions méniscales avaient été réparées par le Dr E_____.

46. En date du 20 juin 2006, le Tribunal de céans a communiqué aux deux parties une copie de la dernière écriture de la partie adverse. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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), 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.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance-accidents. L'événement ayant conduit à l'intervention d'ALLIANZ, du 30 septembre 2003, étant postérieur à l'entrée en vigueur de la LPGA, ce sont les dispositions légales de la LPGA et de la LAA dans leur teneur depuis le 1er janvier 2003 qui s'appliquent au cas d'espèce.
4. En ce qui concerne le délai de recours, l'art. 60 LPGA prévoit que le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'art. 106 LAA prévoit cependant qu'en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance. La décision dont est recours étant intervenue le 4 avril 2005, le recours déposé le 20 mai 2005 a été interjeté en temps utile et est dès lors recevable.
5. Le litige porte sur le droit du recourant à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents au-delà du 23 mars 2004, en particulier sur le lien de causalité naturelle et, le cas échéant, adéquate, entre l'accident du 30 septembre 2003 et les atteintes à la santé dont le recourant fait état au-delà de cette date.
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.
7. a) 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 exigence de la causalité naturelle 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. Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3 ; ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2).

b) 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 n° U 142 p. 75, consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, no 141). 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*) en se fondant sur le critère de la vraisemblance prépondérante.

c) Il ressort des données de la littérature médicale relatives aux syndromes lombaires post-traumatiques chez les patients porteurs de discopathies dégénératives que des critères très stricts doivent être remplis pour que l'on admette une relation de cause à effet entre un accident et un prolapsus discal (traumatisme important sur le rachis en mesure de déchirer un disque sain, relation temporelle étroite avec apparition immédiate des douleurs après l'accident, anamnèse pré-traumatique vierge de tous symptômes, premières radiographies après l'accident sans aucune image d'altération dégénérative au niveau du segment concerné). Ces conditions ne sont pratiquement jamais remplies, mis à part des cas exceptionnels.

Dès lors, il faut toujours se baser sur l'idée d'une aggravation transitoire et non définitive, même si la douleur apparue après un traumatisme accidentel suggère au patient un lien étroit voire étiologique entre le traumatisme et les symptômes (Wolfgang MEIER, Hernie discale lombaire et accident, Informations médicales [de la SUVA] no 68, décembre 1995, p. 14 et ss, not. 15). Si l'on admet après un événement «adéquat» une influence étiologique partielle, il est recommandé de considérer que les troubles engendrés sont la conséquence d'un traumatisme pour une période s'échelonnant d'une demi-année à une année (op. cit. p. 17). En tout état de cause, un traumatisme agissant essentiellement ou avant tout en direction axiale, par exemple sous forme d'une chute de sa propre hauteur n'est pas considéré comme «adéquat» (op. cit. p. 16 in fine et 17 in initio). De surcroît, il est actuellement admis qu'une lombalgie chronique se développant après un traumatisme qui n'a provoqué aucune lésion structurelle au niveau du squelette axial ne doit pas être attribuée à une cicatrisation tissulaire insuffisante, mais bien plutôt au fait que la douleur est entretenue par d'autres facteurs, la plupart du temps sous forme de constellation psychosociale défavorable (BAER et KIENER, Traumatismes vertébraux, Informations médicales [de la SUVA] no. 67, décembre 1994, p. 45 et ss, sp. 46) (ATFA non publié U/179/2003 du 7 juillet 2004). Par ailleurs, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 n° U 363 p. 45 consid. 3a).

8. a) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit que les lésions énumérées dans cette disposition de manière exhaustive (ATF 116 V 140 consid. 4a, 147 consid. 2b, et les références; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd., 1989, p. 202) - telles les déchirures du ménisque ou les lésions des ligaments - sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, et ce pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à un phénomène dégénératif.

b) La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie (ATF 123 V 44 s. consid. 2b; 116 V 147 s. consid. 6c, 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 no U 435 p. 332, 1988 no U 57 p. 373 consid. 4b; BÜHLER, Die unfallähnliche Körperschädigung, in SZS 1996 p. 84). Dans ce cadre, les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause

extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré. En l'absence d'un tel facteur déclenchant, ces lésions seront, en revanche, manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 123 V 44 s. consid. 2b; 116 V 147 consid. 2c, 114 V 301 consid. 3c; RAMA 2001 U no 435 p. 332, 1988 U no 57 p. 373 consid. 4b; BÜHLER, loc. cit., p. 87).

9. 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 (ATFA non publié du 23 décembre 2004, U.210/2004, consid. 2; ATFA non publié du 6 août 2003, U.220/02, consid. 2.3). Il convient d'ajouter que le fardeau de la preuve en matière de suppression de prestations appartient à l'assureur (ATFA non publié du 16 septembre 2003, consid. 2.2).

10. a) En l'espèce, il est constant que le recourant se plaint de gonalgies droites depuis l'accident du 30 septembre 2003, au cours duquel il s'est tordu le genou en glissant sur le sol de la cuisine à son travail. Une IRM du genou droit effectuée en date du 5 novembre 2003 a mis en évidence des déchirures complexes de grade III des cornes postérieures et moyennes des deux ménisques du genou droit, ainsi que des chondropathies modérées, des épines tibiales acérées dans le cadre d'une gonarthrose et un status après rupture du ligament croisé antérieur. Par ailleurs, lors de l'arthroscopie du genou droit effectuée au mois de décembre 2003, le Dr E_____ a constaté une vieille lésion du croisé antérieur avec résorption quasi complète de celui-ci, une lésion apparemment relativement fraîche de la corne antérieure et moyenne du ménisque externe, ainsi que des lésions à l'allure plutôt ancienne de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne.

- b) L'ensemble des pièces au dossier établies postérieurement à l'événement du 30 septembre 2003 fait état de gonalgies droites et de troubles affectant le genou droit de l'assuré, le genou gauche n'ayant pas été atteint à cette occasion, d'après les déclarations du patient immédiatement après l'accident (cf. déclaration d'accident LAA du 31 octobre 2003, ainsi que les déclarations et les rapports LAA des Drs A_____, B_____ et E_____). D'éventuels troubles au genou gauche ne sont ainsi pas en relation avec l'événement du 30 septembre 2003, le nouvel accident intervenu au mois de juin 2004 n'étant pas du ressort de l'intimée, l'assuré ayant été licencié deux mois après l'accident, ce qui n'est pas contesté.

c) Il est également établi que la lésion au ligament croisé antérieur (LCA) est antérieure à l'événement litigieux, un premier accident étant intervenu vingt ans auparavant, qui avait occasionné cette lésion, selon les déclarations de l'assuré. Les Drs E_____ et M_____ ont d'ailleurs constaté, lors des deux arthroscopies successives, que le LCA était absent, celui-ci ayant été entièrement résorbé au fil des années (cf. rapports opératoires du 18 décembre 2003 et du 1^{er} février 2005). L'événement du 30 septembre 2003 n'a ainsi pu entraîner aucune lésion supplémentaire d'un ligament absent.

11. Dans la mesure où les déchirures aux ménisques du genou droit observées après l'accident, en particulier celles au ménisque externe d'allure plutôt fraîche, constituent des lésions assimilées, au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles dont le recourant a souffert sont du ressort de l'assurance-accidents, dès lors qu'un facteur extérieur, à savoir l'accident du 30 septembre 2003, a pour le moins déclenché les symptômes douloureux. Ce point est du reste admis par l'assureur, qui a pris en charge le cas.
12. Dans ces circonstances, il appartient à l'assureur de prouver que les troubles au genou en relation avec les déchirures méniscales, dont souffre le recourant au-delà du 23 mars 2003, ont manifestement une origine malade ou dégénérative, et ne sont plus - du tout - imputables à l'accident.
13. a) A cet égard, il sied d'observer que selon le docteur E_____, l'assuré était en mesure de retravailler à plein temps quelques semaines après l'arthroscopie et méniscectomie partielle qu'il a effectuée en date du 18 décembre 2003. Ce médecin a expliqué que le genou du patient présentait une évolution favorable et qu'il avait prévu une reprise de travail en date du 19 janvier 2004, les plaintes du patient s'agissant des douleurs au genou lui paraissant disproportionnées.

b) Selon le Dr H_____, l'expert mandaté par l'assureur, le statu quo sine vel ante était atteint le jour de son examen, le 23 mars 2004, le genou étant calme et ne présentant pas de signes cliniques préoccupants. A son avis, bien que le genou droit fût le siège de phénomènes dégénératifs préexistants, sous forme de chondropathie, d'un tissu méniscal fortement dégénératif et d'un status après rupture du LCA, la chute n'avait pas aggravé cet état dégénératif. Dans ses observations du 16 décembre 2003, le Dr H_____ a rajouté que les images dégénératives mises en évidence dans les IRM des 23 juin et 28 octobre 2004 pouvaient correspondre soit à des images post-opératoires résiduelles, soit à des déchirures lentes, spontanées et en rapport avec l'état dégénératif prononcé des ménisques. L'origine accidentelle devait ainsi à son avis être exclue.

c) Selon la Dresse B_____, qui a soigné l'assuré d'octobre 2003 à juillet 2004, l'évolution du genou droit n'avait pas été favorable. Au mois de janvier 2004, elle avait constaté un genou toujours enflé, tuméfié et douloureux à la palpation.

Elle avait d'ailleurs fait état d'une aggravation de la situation, en date du 11 juin 2004.

d) Le Dr G_____ a observé au mois de mars 2004 que le recourant présentait des douleurs mécaniques à la marche après un périmètre d'environ 1km, avec des épisodes de tuméfaction après marche prolongée. Ces troubles étaient probablement à mettre en relation avec une arthrose débutante en relation avec un status après ancienne rupture du ligament croisé antérieur, méniscectomie et chondropathie condylienne modérée. A l'examen clinique, le genou ne présentait pas de problèmes.

d) Le Dr J_____ a estimé en date du 16 juillet 2004 que face à la persistance de la symptomatologie douloureuse et vu la difficulté d'interpréter les images IRM après une intervention chirurgicale, une nouvelle arthroscopie apparaissait nécessaire.

e) Le Dr L_____ a signalé au Dr M_____ le 28 octobre 2004 que l'assuré devait être pris en charge de manière plus agressive, les traitements conservateurs n'ayant pas d'effet. Une IRM pratiquée le même jour mettait en évidence une lésion des deux ménisques ainsi qu'une déchirure plus ancienne du LCA. Lors de l'examen clinique du 13 septembre 2004, le genou était instable, présentait des signes d'inflammation et de rupture du LCA, ainsi qu'une petite enflure postérieure. Il présentait aussi un discret blocage en flexion.

f) Le Dr M_____ a exposé dans sa correspondance qu'il avait dû pratiquer une nouvelle arthroscopie du genou droit, le 1^{er} février 2005, les suites de la première intervention s'étant compliquées par un volumineux hématome et une douleur tenace du genou ayant persisté plusieurs mois. L'assuré présentait des lésions post-traumatiques des deux genoux, et on ne pouvait pas dire si elles étaient les séquelles du seul accident dont le patient disait avoir été victime le 30 septembre 2003. Une entorse au genou pouvait entraîner une déchirure complexe des deux ménisques. Lors de la seconde arthroscopie, il n'avait pas trouvé de nouvelle déchirure du ménisque mais une lésion cartilagineuse de stade II sur le condyle interne qui avait pu être occasionnée par la première arthroscopie. La méniscectomie avait pu jouer un rôle aggravant (certains patients ne se remettent jamais d'une méniscectomie). Le lavage effectué à l'arthroscopie avait permis d'améliorer les symptômes douloureux. Lors de l'examen clinique du 13 juin 2005, le Dr M_____ a constaté que le genou droit ne présentait plus d'état inflammatoire et que le patient admettait que ses douleurs avaient diminué. A son avis, la seconde arthroscopie avait un lien avec le premier accident, dès lors que l'assuré se plaignait de douleurs importantes et persistantes depuis celui-ci et l'arthroscopie consécutive. Par ailleurs, il n'était à son avis pas possible de parler d'un état dégénératif du genou, les surfaces cartilagineuses étant en bon état, sauf où il y avait lésion au niveau du condyle interne. Le genou droit avait évolué lentement

mais favorablement (depuis l'arthroscopie de février 2005) mais d'autres plaintes s'étaient surajoutées.

g) Le Dr N_____, qui a succédé au Dr G_____, a expliqué qu'il soignait le recourant depuis novembre 2004. Il avait constaté un genou globalement douloureux, avec une réaction inflammatoire. L'évolution du genou droit depuis la seconde arthroscopie avait été peu favorable.

h) Enfin, le Dr F_____, médecin-conseil d'ALLIANZ, a exposé en date du 7 juillet 2005, qu'il existait un lien de causalité entre l'accident et la nécessité de pratiquer une seconde arthroscopie, même si celle-ci n'avait pas mis en évidence de nouvelle déchirure. Une incapacité totale de travail existait jusqu'à une semaine après l'intervention, le statu quo sine/ante avait été atteint une semaine après l'intervention.

14. Reprenant l'ensemble de ces avis médicaux, le Tribunal de céans constate que les déchirures des ménisques du genou droit, en tant que lésions assimilées, doivent être considérées comme une conséquence de l'accident du 30 septembre 2003 et ont d'ailleurs été acceptées ainsi par l'assureur. Il ressort également de l'ensemble des pièces médicales que selon une partie des médecins consultés, y compris le Dr M_____, dont les explications en audience ont été complètes et convaincantes, le genou droit n'était pas guéri après la méniscectomie partielle par arthroscopie intervenue au mois de décembre 2003, celle-ci ayant même pu jouer un rôle aggravant. De nombreux médecins ont d'ailleurs constaté un genou douloureux et enflé ainsi que la présence d'un état inflammatoire bien après le mois de mars 2004. Les Drs N_____, L_____ et M_____, qui ont examiné le genou droit du recourant dans la seconde moitié de 2004 et au début de l'année 2005 ont fait état d'un genou globalement douloureux, d'un état inflammatoire et de signes d'instabilité.
15. Ce n'est qu'au mois de février 2005 que le Dr M_____, à l'occasion de la seconde arthroscopie, a pu constater qu'il n'y avait pas de nouvelle déchirure du ménisque. Le toilettage effectué à cette occasion a d'ailleurs permis d'améliorer l'état du genou droit, bien que de toute évidence d'autres éléments, dont notamment un nouvel accident au genou gauche ainsi que des facteurs socioprofessionnels, dont l'intimée n'a pas à répondre, n'ont pas permis au recourant de reprendre une activité professionnelle, que ce soit dans son ancienne activité de cuisinier ou dans une autre activité adaptée.
16. Au vu de l'ensemble de ces éléments, l'assureur n'a pas pu démontrer, comme il lui appartenait de le faire, que le genou droit était parfaitement guéri en date du 23 mars 2004. Il n'a pas non plus réussi à démontrer que les douleurs au genou droit observées après cette date n'étaient que la conséquence d'un état maladif ou dégénératif manifeste, le Dr M_____ ayant d'ailleurs affirmé que l'on ne

pouvait pas parler de véritable état dégénératif du genou droit de l'assuré. Partant, l'intimée supporte l'absence de preuve à cet égard.

17. A la lecture de l'ensemble des pièces médicales, il apparaît que le recourant a présenté une incapacité de travail totale, attestée par de nombreux médecins, dans l'activité de cuisinier, qui doit être mise en relation avec l'accident du 30 septembre 2003, au-delà du 23 mars 2004, et ce jusqu'à une semaine après l'arthroscopie au genou droit pratiquée le 1^{er} février 2005, conformément à l'avis exprimé par le médecin conseil d'ALLIANZ en date du 7 juillet 2005. Cette solution est corroborée par les explications fournies par le Dr M_____, qui a indiqué que la seconde arthroscopie avait permis d'améliorer la situation, le genou ayant évolué favorablement, alors que d'autres facteurs, notamment aussi l'accident au genou gauche, étant entrés en ligne de compte. Au-delà de cette date, un lien de causalité naturelle entre l'accident, somme toute de peu de gravité, et l'incapacité de travail de l'assuré pour les affections au genou droit n'entre plus en ligne de compte.
18. S'agissant des lombalgies, il convient de relever que dans son rapport médical initial, du 4 décembre 2003, le Dr A_____, qui a prodigué les premiers soins le soir de l'accident a signalé que l'assuré s'était plaint aussi de douleurs à l'épaule droite et à la colonne lombaire, mais que celles-ci disparaissaient en quelques jours. La Dresse B_____, qui a succédé au Dr A_____ quelques semaines plus tard, a signalé que l'assuré présentait des lombalgies post-traumatique mais que les radiographies de la colonne lombaire, effectuées le 7 octobre 2003, n'ont montré aucune particularité. Le Dr G_____ a évoqué une possible lésion de la capsule postérieure ou un étirement des ligaments ilio-lombaires et il a suggéré de faire effectuer une IRM, qui a mis en évidence, le 9 mars 2004, des troubles de nature dégénérative. Dans son rapport LAA du 26 avril 2004, le Dr G_____ a indiqué que les lombalgies n'avait qu'un lien de causalité possible avec l'accident, le traitement étant terminé en ce qui le concernait le 5 avril 2004. Depuis cette date, aucun des médecins consultés ne fait état de lombalgies en relation avec l'accident; les Drs J_____, L_____ et M_____ se sont tous prononcés sur les problèmes au genou droit, sans même évoquer les douleurs lombaires. Quant au Dr N_____, il fait état, dans son certificat du 11 mai 2005, principalement des troubles au genou, tout en rappelant que l'assuré se plaint de "lombalgies chroniques, chez un obèse de 105 kilos, actuellement au régime", l'obésité étant présentée comme la cause des lombalgies. Dans ces circonstances et en l'absence d'un événement adéquat, il apparaît que l'avis de l'intimée qui a retenu tout au plus des lombalgies post-traumatiques passagères et qui a fixé à fin mars 2004 le statu quo sine vel ante en relation avec les lombalgies, soit environ six mois après l'accident, ne prête pas le flanc à la critique.
19. Au vu de ce qui précède, l'intimée répond des suites de l'accident du 30 septembre 2003, au-delà du 23 mars 2004 et ce jusqu'à une semaine après l'arthroscopie du 1^{er} février 2005. Le recours, bien fondé, sera admis.

20. Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de dépens fixée en l'espèce à 2'000 fr.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 4 avril 2005 ainsi que la décision du 27 mai 2004.
4. Condamne l'intimée à prendre en charge les suites de l'événement accidentel du 30 septembre 2003 dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à payer au recourant la somme de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier

La Présidente :

Walid BEN AMER

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste :

Verena Pedrazzini Rizzi

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