REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4053/2006 **ATAS/1454/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 6

du 17 décembre 2007

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître CORDONIER Marlyse	recourant

contre

HELSANA ASSURANCES SA, service juridique romand, sis chemin de la Colline 12, LAUSANNE	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente, Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges assesseurs.

EN FAIT

1. M. M_____, chiropraticien, est assuré contre le risque accident auprès de HELSANA ACCIDENTS SA (ci-après l'assurance).

2. Le 17 mai 2004, il a rempli une déclaration d'accident-bagatelle LAA mentionnant une atteinte à son genou gauche à la suite d'une chute avortée en avant après avoir raté une marche de trottoir, en date du 5 mai 2004.

3. Une IRM du genou gauche du 26 mai 2004 conclut à une lésion complexe de grade III de la corne postérieure du ménisque interne. Foyer de contusion osseuse de la moitié postérieure du plateau tibial interne et petit foyer du condyle fémoral externe. Pas de déchirure ligamentaire. Epanchement intra-articulaire avec plica synoviale. Asymétrie de l'interligne fémoro-tibial interne (qu'il conviendrait de corréler à des radiographies en position debout et schuss pour mieux évaluer l'interligne).

4. Le 16 août 2004, le Dr A_____, médecin-conseil de l'assurance, a indiqué que la relation de causalité entre les troubles du genou gauche et l'accident était probable. Vu l'âge, le ménisque ne devrait pas être tout à fait neuf mais vu la contusion osseuse, il y avait eu une aggravation passagère.

5. Le 13 septembre 2004, le Dr B_____, du centre médico-chirurgical des Eaux-Vives, a rendu un rapport médical intermédiaire. Le diagnostic était celui de lésion de grade III de la corne post. du ménisque interne gauche. Il y avait une douleur résiduelle en regard du ménisque interne, discrète enflure prri-malléolare gauche. Aucune circonstance sans rapport avec l'accident ne jouait un rôle. Le patient était traité par de la physiothérapie et il n'y avait pas à craindre de dommage permanent.

6. Le 16 novembre 2004, le Dr B_____ a attesté d'une lente évolution avec douleur, gonalgie résiduelle dans le compartiment interne du genou gauche.

7. Le 4 avril 2005, le Dr A_____ a considéré que le statu quo sine était atteint.

8. Le 22 avril 2005, le Dr A_____ a affirmé que d'autres traitements ne seraient pas économiques.

9. Une IRM du genou gauche du 27 avril 2005 conclut à : "Données IRM compatibles avec une ostéonécrose du plateau tibial interne, avec dégénérescence kystique du fragment ostéochondral et léger affaissement de la surface articulaire. Remaniements d'aspect dégénératif du compartiment fémoro-patellaire. Epanchement intra-articulaire. Déchirure complexe de la corne postérieure et de la portion intermédiaire du ménisque interne".

10. Le 12 mai 2005, le Dr C_____, spécialiste FMH médecine interne affections rhumatismales, a attesté d'un diagnostic de status post-contusion-distorsion du genou gauche. Ostéonécrose du plateau tibial interne, déchirure complexe de la corne postérieure et de la portion intermédiaire du ménisque interne. Le patient l'avait consulté le 6 avril 2005 en raison de la persistance, après l'accident, de gonalgie gauche à la mobilisation extrême. L'IRM du 27 avril 2005 parlait notamment en faveur d'une ostéonécrose du plateau tibial interne. Il y avait à craindre un dommage permanent sous la forme d'une gonarthrose.

11. Le 8 septembre 2005, le Dr A_____ a estimé que le patient développait une ostéonécrose sur un trouble circulatoire probablement dont il était difficile de dire s'il était la conséquence de la chute ou une complication d'une arthrose préexistante. Si on acceptait l'idée de la causalité, on risquait d'aller vers une aggravation durable et vers une prothèse de genou à la charge de l'assurance. Il poursuit : "Si on veut arrêter la prise en charge, seule une expertise pourrait nous aider à le faire".

12. Le 1er novembre 2005, l'assuré a écrit à l'assurance qu'il souhaitait un expert exerçant dans le canton, pour limiter le déplacement que, par ailleurs, il n'avait pas été en incapacité de travail et que les traitements de physiothérapie avaient été limités au maximum.

13. A la question de l'assurance, "si nous voulons céder à sa demande, quel expert proposez-vous sur Genève ?", le Dr A_____ répond le 7 novembre 2005, "aucun car il semble trop bien les connaître".

14. A la demande de l'assurance, l'assuré s'est soumis à une expertise auprès du Dr D_____, FMH chirurgie orthopédique à Lausanne, lequel a rendu son rapport le 8 décembre 2005. Il pose le diagnostic de status 18 mois après possible entorse/contusion du genou gauche. Ostéonécrose aseptique du plateau tibial interne du genou gauche, avec évolution vers une gonarthrose stade III avancée.

    Un nouveau bilan radiologique du 22 novembre 2005 montrait une péjoration du pincement fémoro-tibial interne. On remarquait l'apparition d'une ostéophytose condylienne interne postérieure, et une ébauche ostéophytaire en regard de l'épine tibiale interne.

    Le début de la symptomatologie fut brusque, apparue suite à un faux-pas, chez un patient de plus de 60 ans, présentant une obésité importante et, surtout, un trouble vasculaire marqué de son membre inférieur gauche (qui a déjà présenté un état thrombotique). Il s'agit d'un ancien tabagique, élément qui joue certainement un rôle dans le potentiel "cicatrisant" d'un patient, particulièrement au niveau des membres inférieurs. On ne peut non plus pas scotomiser la présence d'une pré-arthrose de ce genou, touchant le compartiment fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire, et qui peut avoir joué un rôle (syndrome d'hyperpression interne). En d'autres termes l'assuré présentait un certain nombre d'éléments qui le

prédisposaient clairement au développement d'une ostéonécrose du membre inférieur.

Il est bien évident que l'action vulnérante du 5 mai 2004, sans choc significatif, voire d'entorse majeure de l'articulation du genou (qui aurait eu une clinique autrement plus bruyante, conduisant à une prise en charge médicale rapide), n'a pas engendré de lésion anatomique majeure, susceptible d'avoir une répercussion ischémique sur ce plateau tibial. Ladite action a tout au plus engendré une contusion bénigne du plateau tibial (par une onde de choc axiale).

Même si l'on admet que ladite contusion a engendré une petite lésion ischémique (on en voit un certain nombre dans la pratique médicale quotidienne, particulièrement chez les personnes ayant subi des entorses graves du genou, investiguées par IRM), ladite lésion aurait suivi une évolution habituelle, c'est-à-dire vers la guérison.

Ainsi, l'événement du 5 mai 2004 fut à l'origine d'une possible entorse, voire d'une contusion (onde de choc axiale) du compartiment interne du genou gauche. Ledit événement a surtout révélé un état pathologique sous-jacent, caractérisé par un ensemble d'éléments prédisposant à la survenue d'une ostéonécrose du genou (âge, surcharge pondérale marquée, troubles vasculaires, tabagisme, pré-arthrose interne), complication avérée dans les mois qui ont suivi (comme c'est l'habitude).

Une relation de causalité naturelle entre l'événement du 5 mai 2004 et la survenue d'une ostéonécrose aseptique étendue du plateau tibial interne du genou gauche, chez un patient présentant auparavant des pathologies prédisposant au développement d'une telle lésion, est tout au plus du domaine du possible (invraisemblable). Si l'on admet la notion d'entorse bénigne, voire de contusion bénigne du genou gauche, émanant de l'événement du 5 mai 2004, le statu quo ante aurait dû être considéré comme retrouvé à l'échéance d'un délai maximal de un mois (délai habituel pour la récupération de telles lésions).

Aucun traitement médical, relatif à l'événement du 5 mai 2004, n'est justifié (au-delà du délai d'un mois). En l'absence d'une lésion anatomique macroscopique significative, relative à l'événement incriminé, pouvant jouer un rôle significatif dans l'évolution du cas et responsable de troubles fonctionnels résiduels, aucune indemnisation n'est due.

15. Le 19 décembre 2005, l'assuré a écrit à l'assurance qu'il contestait les conclusions de l'expertise. Le 6 janvier 2006, il a précisé qu'il y avait bien eu un traumatisme à la suite de sa "chute avortée", laquelle n'était pas bénigne. S'agissant de l'insuffisance veineuse alléguée par l'expert, il avait consulté le 4 janvier 2006 le Dr E_____, angiologue, lequel lui avait confirmé qu'il n'y avait pas d'insuffisance veineuse mais seulement un œdème lymphatique.

Il avait pratiqué un auto-traitement par électrothérapie de manière régulière. Il ne pouvait marcher sur de longues distances sans l'aide d'une canne et avec une dose supplémentaire d'anti-inflammatoires.

16. Le 10 février 2006, le Dr D_____ a rendu un complément d'expertise en relevant que l'insuffisance lymphatique constituait un trouble circulatoire du système de drainage impliqué dans la survenance de l'ostéonécrose. L'importance modeste de l'action vulnérante était insuffisante pour engendrer un trouble circulatoire aigu, suffisant pour produire une ostéonécrose étendue.

17. Par décision du 17 février 2006, l'assurance a mis un terme au versement de ses prestations au 5 juin 2004 pour les troubles annoncés par le biais de l'assurance-accident.

18. Le 13 mars 2006, l'assuré a fait opposition à cette décision en relevant que les Drs B_____, F_____, G_____ et C_____ étaient d'avis qu'il y avait sans aucun doute une relation de causalité entre l'accident et ses problèmes actuels.

19. Le 22 avril 2006, l'assurance a informé l'assuré que, compte tenu de l'absence de progrès significatif après six mois et de la déchirure méniscale, seule une opération répondrait aux critères économiques et adéquats, contrairement à une IRM et à une reprise d'un traitement de physiothérapie.

20. Le 14 juillet 2006, le Dr A_____ a signalé qu'une cheville gonflée après l'événement n'était pas la preuve d'une lésion accidentelle. Elle pouvait provenir de la nécrose (tuméfaction de la cheville). Une lésion méniscale pouvait être asymptomatique. Il n'y avait donc pas d'événements nouveaux prouvant que la nécrose était d'origine accidentelle.

21. Le 21 juillet 2006, le Dr A_____ a estimé que le transfert de charge n'était pas une action vulnérante suffisante pour provoquer une lésion méniscale.

22. Le 27 juillet 2006, l'assurance a rejeté l'opposition. Elle reconnaissait que l'événement du 5 mai 2004 constituait un accident mais que celui-ci n'avait que révélé un état pathologique sous-jacent prédisposant à la survenue d'une ostéonécrose du genou qui s'était avérée dans les mois qui avaient suivi l'accident. La lésion complexe de la corne postérieure du ménisque était ancienne et avait un caractère dégénératif, ce qui excluait d'emblée l'application de l'art. 9 al. 2 OLAA.

23. Le 16 octobre 2006, le Dr G_____, spécialiste FMH chirurgie orthopédique, a établi un certificat médical selon lequel il suivait l'assuré depuis le 24 mai 2005, suite à un accident de mai 2004.

    A cette époque, l'assuré est victime d'un choc axial au niveau du membre inférieur gauche. Un bilan radiologique initial est sans particularité. L'IRM montre, hormis

une lésion méniscale, une contusion osseuse postérieure du plateau tibial interne. L'évolution sera marquée par la persistance et l'aggravation de douleurs du compartiment fémoro-tibial interne. Les examens complémentaires montreront, eux, une lésion de type nécrose du plateau tibial interne, conduisant à un effondrement de sa partie postérieure, actuellement responsable d'une gonarthrose post-traumatique.

Jusqu'à l'accident, l'assuré était totalement asymptomatique malgré une lésion méniscale certainement déjà présente auparavant. Si l'on ne peut évidemment pas affirmer de façon certaine que les lésions présentées actuellement par Monsieur M_____ sont secondaires à l'accident du mois de mai 2004, ceci demeure toutefois hautement probable. En effet, la normalité des radiographies initiales atteste de l'absence de pathologie ostéo-articulaire importante en mai 2004.

Il lui paraît donc parfaitement justifié de considérer l'état actuel, à savoir une arthrose post-traumatique gauche, comme secondaire à l'accident susmentionné et, de ce fait, à la charge de l'assurance concernée.

24. Le 2 novembre 2006, l'assuré a recouru à l'encontre de la décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à la condamnation de l'assurance à la prise en charge de ses lésions, ainsi que, préalablement, à l'audition du Dr G_____ et à la mise sur pied d'une contre-expertise.

    Il relève que, contrairement à l'avis de l'expert, le processus ostéonécratique n'avait pas encore commencé avant l'accident, pas plus que l'on pouvait retenir une pré-arthrose.

25. Le 28 novembre 2006, l'assurance a conclu au rejet du recours. Elle s'est référée à une note du Dr A_____ du 13 novembre 2006 selon laquelle le processus nécrotique pouvait avoir commencé sans qu'il ne soit mis en évidence sur des clichés standards, que l'IRM du 28 mai 2004 avait déjà révélé un problème d'œdème et d'inflammation du plateau tibial interne, sans que l'on puisse dater le début du processus et que l'IRM du 4 avril 2005 montrait une aggravation du processus. L'ostéonécrose survenait plus fréquemment en cas de saut, sport, obésité, troubles circulatoires ou lymphatiques, tabac, facteurs que le recourant présentait en partie (ancien tabagique, obésité, trouble vasculaire). Il était insoutenable de dire que le processus ostéonécrotique était secondaire à l'accident.

26. Le 26 février 2007, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle et d'enquêtes au cours de laquelle le Dr G_____ a été entendu. Celui-ci a déclaré :

    "Je suis M. M_____ depuis le 24 mai 2005. J'ai posé le diagnostic de gonarthrose fémoraux tibiale interne gauche sur nécrose du plateau tibial. La

nécrose est une mort cellulaire osseuse par manque d'apport sanguin. La gonarthrose étant une destruction de l'articulation du genou (arthrose). La lésion méniscale pouvait être préexistante à l'accident. Pour qu'il y ait déchirure il faut qu'il y ait une torsion du genou ce qui n'a pas été le cas pour M. M_____. L'événement a engendré une contusion osseuse soit un choc sur l'os qui ne se voit pas à la radio mais qui se voit à l'IRM. Cette contusion entraîne des douleurs. C'est une sorte de fracture. Je ne peux pas dire dans le cas de M. M_____ s'il y a eu une micro-fracture mais il y a eu une contusion osseuse, laquelle peut évoluer en nécrose. Une bonne partie des nécroses sont d'origine inconnue. Il n'est donc pas nécessaire de souffrir d'un problème circulatoire pour faire une nécrose. La lésion méniscale n'a joué aucun rôle dans l'apparition de la nécrose. S'agissant de l'arthrose elle est secondaire à l'effondrement du plateau tibial lui-même secondaire à la nécrose. Dans le cas de M. M_____ l'arthrose est ainsi une conséquence de la nécrose.

Pour moi il y a une vraisemblance prépondérante de causalité entre l'événement, soit la contusion osseuse et la nécrose puis l'arthrose qui sont apparues. En particulier la radiographie effectuée au moment de l'accident était normale. Je suis d'accord avec le diagnostic posé par le Dr D_____.

Les nécroses surviennent en général vers l'âge de 60 ans mais plus souvent chez les femmes mais en général elles touchent le fémur. L'âge dans le cas de M. M_____ me paraitrait très modérément pertinent. Je ne sais pas si le surpoids est un facteur de risque. S'agissant des troubles vasculaires, un bilan a été fait pour M. M_____ après l'accident qui n'a à ma connaissance révélé aucun trouble particulier. De surcroît, seuls à ma connaissance les troubles artériels pourraient avoir une incidence sur les apparitions de nécrose. Je ne pense pas que l'on puisse dire qu'une personne fasse une nécrose parce qu'elle est tabagiste. S'agissant de la pré-arthrose citée par le Dr D_____, il est vrai qu'une articulation du genou chez une personne de 60 ans présente fréquemment des signes discrets d'usure lesquelles peuvent à terme mener à de l'arthrose. Toutefois dans le cas de M. M_____ il s'agit d'une arthrose secondaire à l'effondrement du plateau tibial. Je ne suis ainsi aussi sûr que le Dr D_____ pour dire qu'il y a clairement des éléments qui prédisposaient M. M_____ à une ostéonécrose.

Vous me lisez les conclusions du Dr D_____ page 7 de l'expertise. Je suis opposé au terme d'entorse utilisé par celui-ci dès lors que l'entorse est une lésion ligamentaire laquelle est inexistante dans note cas. Par ailleurs, un choc comme cela a été le cas, d'environ 100 kilos sur un os, peut engendrer des lésions qui ne sont pas bénignes. Une nécrose osseuse débutante ne se voit pas sur les radios. En général une nécrose fait mal et M. M_____ n'a jamais eu aucune douleur avant l'accident, ce qui plaide en faveur de l'hypothèse selon laquelle il n'y aurait pas eu de nécrose avant l'accident. Je précise que le faut pas soudain sans possibilité d'amortir le choc crée un choc extrêmement violent. Je ne suis donc pas d'accord

avec l'observation du Dr D_____ lorsqu'il dit qu'il n'y a pas eu de choc significatif.

Les foyers mentionnés sur l'IRM de mai 2004 correspondent à la contusion osseuse.

Il peut y avoir un choc violent sans fracture soit sans lésion macroscopique mais qui crée une contusion osseuse, l'os réagissant par une inflammation. Une grosse contusion osseuse peut engendrer des micro-fractures lesquelles ne seront pas forcément visibles à l'IRM. On parle de la même chose lorsque l'on dit contusion osseuse et micro-fracture. Dans certains cas, la contusion évolue vers une nécrose comme cela a été le cas chez M. M_____.

Une pré-arthrose n'est pas forcément douloureuse.

La mort osseuse est suivie par une réparation autour de la lésion nécrotique, soit dans une zone fragile qui crée des douleurs et des effondrements. Dans le cas de M. M_____ la nécrose est importante.

La nécrose n'est pas traitée. L'arthrose l'est de façon conservatrice part de la décharge, de la physiothérapie et un traitement médicamenteux. Il existe également une intervention qui consiste à poser une prothèse complète du genou si l'arthrose devient trop douloureuse.

S'agissant de l'IRM de mai 2004, le seul aspect dégénératif est l'asymétrie de l'interligne fémoraux tibiale interne, lequel correspond à une usure du cartilage. Cela ne correspond pas encore à une arthrose. S'agissant du foyer du condyl fémoral externe il s'agit d'une suite de contusion du genou et non pas d'un aspect dégénératif.

On me dit que le Dr B_____ a également parlé d'entorse (rapport du 16 novembre 2004) je signale que celui-ci est un généraliste et que l'entorse est une lésion ligamentaire que M. M_____ n'a pas subie.

L'accident a été un choc violent car il n'y a pas eu de mouvement de protection mis en place ou, plus précisément celui-ci est arrivé trop tard."

Le recourant a déclaré :

"S'agissant de l'accident j'ai raté la marche du trottoir et j'ai atterri sur la jambe gauche et j'ai dû faire 2-3 pas pour reprendre mon équilibre. J'ai immédiatement senti une douleur dans le genou. Je me fais moi-même de l'électrothérapie, je marche avec une canne car mon genou est devenu plus sensible de 6-8 mois et je prends des anti-inflammatoires ceci depuis l'accident. J'attends encore avant une éventuelle intervention car certaines gonarthroses évoluent sans douleurs. Si cela n'est pas le cas je me ferai opérer. J'ai arrêté de fumer 9 mois après l'accident.

Je relève que le Dr D_____ avait parlé d'insuffisance veineuse sérieuse ce qui m'a conduit à consulter le Dr E_____ lequel a nié un tel problème circulatoire pour ne retenir qu'une insuffisance lymphatique légère. Il a relevé toutefois que celle-ci pouvait même être survenue à la suite du choc."

27. Par ordonnance du 24 avril 2007, le Tribunal de céans a confié une expertise au Dr H_____, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique aux HUG.

28. Le 4 octobre 2007, le Dr H_____ a rendu une expertise fondée notamment sur une consultation du 2 juillet 2007 ainsi qu'un rapport de consultation du Dr E_____ du 29 août 2007 et un rapport du Dr Sylvain DUC, chef de clinique au service de radiologie des HUG.

Actuellement le patient travaillait toujours à 100 % et présentait des douleurs diurnes et nocturnes. Son périmètre de marche était limité à 400 mètres. Il présentait des douleurs de dérouillage matinal ainsi que des douleurs à la marche et à la descente d'escaliers. Il devait se déplacer à l'aide d'une canne à l'extérieur. L'expert pose le diagnostic de fracture-impaction du plateau tibial interne du genou gauche, ostéonécrose post-traumatique du plateau tibial interne du genou gauche, gonarthrose bi-compartimentaire discrètement varisante gauche, tabagisme au moment des faits, hypertension artérielle traitée, hypertrophie de la prostate traitée, hypercholestérolémie traitée.

L'action vulnérante avait entraîné une fracture impaction du plateau tibial interne. L'absence d'anticipation musculaire avait comme conséquence que c'était une charge de prêt d'une tonne qui avait traversé l'articulation. fémoro-tibiale interne de l'assuré, largement suffisante pour engendrer les lésions constatées. Le Dr DUC avait confirmé que les IRM étaient compatibles avec une fracture-impaction du plateau tibial interne. La lésion ostéochondrale avait évolué vers une ostéonécrose post-traumatique du plateau tibial interne puis celle-ci vers une gonarthrose fémoro-tibiale interne douloureuse et réduisant la capacité fonctionnelle de l'articulation. Les atteintes constatées étaient en relation de causalité naturelle certaine avec l'accident. Les discrets signes dégénératifs présents au moment de l'accident ne représentaient pas un facteur de risque de développement d'une ostéonécrose du plateau tibial interne du genou. L'ostéonécrose était d'origine post-traumatique consécutive à une fracture-impaction du plateau tibial interne négligée chez un homme obèse, tabagique et ayant consommé des anti-inflammatoires non-stéroïdiens. A cet égard, une insuffisance lymphatique légère n'influençait pas la survenance de l'ostéonécrose, le seul facteur déterminant de celle-ci était le traumatisme occasionnant une fracture-impaction. Aucun élément ne permettait de confirmer ou d'infirmer la présence d'une ostéonécrose avant l'accident. La gonarthrose bicompartimentaire était consécutive de façon certaine à l'ostéonécrose post-traumatique. Lae raisonnement du Dr G_____ était logique et rationnel. En revanche, l'expertise du Dr D_____ était surprenante et peu convaincante. Le

statu quo sine n'avait pas été atteint. En septembre 2007, le patient devait bénéficier d'une arthroplastie totale du genou, laquelle devrait entraîner une réduction des douleurs et un gain fonctionnel important.

29. Le 25 octobre 2007, le recourant a observé que les conclusions de l'expertise étaient claires.

30. Le 28 novembre 2007, l'intimée a estimé que le Dr D_____ étant manifestement un spécialiste de l'ostéonécrose ses conclusions étaient convaincantes. L'événement du 5 mai 2004 n'avait que révélé l'ostéonécrose aseptique du plateau tibial interne du genou dès lors qu'il ne s'agissait que d'une contrainte banale de la vie quotidienne sur le genou du recourant. Ainsi cette ostéonécrose n'engageait pas l'assureur-accident.

31. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Par ordonnance du 24 avril 2007, le Tribunal de céans a déclaré le recours recevable.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

3. 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. 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; ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

b) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

4. a) Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kummer, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

b) Le juge des assurances sociales 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

c) En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, 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 (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise 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).

En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

5. En l'espèce, l'expertise judiciaire du Dr H_____ remplit toutes les exigences jurisprudentielles pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Les faits ont fait l'objet d'une étude circonstanciée, en particulier le mécanisme de l'accident, lequel a été considéré comme ayant provoqué avec certitude les lésions constatées. Les plaintes du recourant ont été mentionnées ainsi que l'évolution, depuis le jour de l'accident, de la pathologie du genou atteint. L'appréciation de la situation médicale est parfaitement claire et les conclusions de l'expert sont dûment motivées. Elles rejoignent d'ailleurs celles du Dr G_____, lequel a été entendu en audience d'enquête par le Tribunal de céans.

   Au vu de ce qui précède, il n'y a aucun motif qui justifierait de s'écarter des conclusions de cette expertise judiciaire. En particulier, les considérations émises par le Dr D_____ ne sont pas aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, le seul fait qu'il serait un spécialiste de l'ostéonécrose n'étant pas un argument pertinent, l'expert, lui-même médecin-adjoint au département de chirurgie, clinique et policlinique d'orthopédie et de chirurgie de l'appareil locomoteur, étant également un spécialiste de l'affection en cause.

   Par ailleurs, le Dr D_____ est parti du principe que l'action vulnérante de l'accident, sans choc significatif voire d'entorse majeure de l'articulation du genou avait tout au plus engendré une contusion bénigne du plateau tibial. Or, tant l'expert que le Dr G_____ s'accordent pour dire que l'action vulnérante était importante

en raison du fait qu'il n'y a pas eu anticipation musculaire lors du faux pas, en expliquant le mécanisme de façon détaillée et convaincante. Le Dr D_____ estime que des troubles circulatoires du système du drainage ont été impliqués dans la survenance de l'ostéonécrose ce qui est contesté par l'expert. Enfin, le Dr D_____ affirme que l'accident a révélé un état pathologique sous-jacent caractérisé par un ensemble d'éléments prédisposant ce qui a été clairement et précisément réfuté par l'expert.

6. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que les atteintes constatées par l'expert, soit la fracture-impaction et l'ostéonécrose du plateau tibial interne du genou gauche, ainsi que la gonarthrose bi-compartimentaire discrètement varisante gauche du recourant sont en relation de causalité naturelle, au degré de la vraisemblance prépondérante et adéquate, avec l'accident du 5 mai 2004. En conséquence, l'intimée est tenue de verser les prestations dues selon la LAA en raison de ces atteintes.

7. Le recours sera en conséquence admis, la décision sur opposition du 27 juillet 2006 sera annulée et il sera dit que l'intimée est tenue à prestation pour les suites de l'accident du 5 mai 2004, au sens des considérants.

8. Une indemnité de 2'500 fr. sera allouée au recourant, à charge de l'intimée.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

Au fond:

1. Admet le recours.

2. Annule la décision sur opposition du 27 juillet 2006.

3. Dit que l'intimée est tenue de verser les prestations dues selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 à la suite de l'accident du 5 mai 2004, au sens des considérants.

4. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 2'500 fr.

5. 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
Nancy BISIN	Valérie MONTANI

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