

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4501/2011

ATAS/1303/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt  
du 23 décembre 2013

8<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur C\_\_\_\_\_, p.a. Monsieur D\_\_\_\_\_, à recourant  
GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître  
Jacques EMERY

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA, p.a. et intimée  
représentée par son centre de sinistres, sise avenue du Bouchet 12,

**Siégeant : Laurence CRUCHON, Présidente suppléante; Michael BIOT et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs**

---

GENEVE

**EN FAIT**

1. Monsieur C\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1960, a travaillé en qualité de cuisinier pour le restaurant X\_\_\_\_\_, à Genève, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2003. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA (ci-après : ALLIANZ).
2. Par déclaration d'accident du 31 octobre 2003, son employeur a annoncé à ALLIANZ qu'en date du 30 septembre 2003, l'assuré avait glissé dans la cuisine, à son lieu de travail, en se blessant à la jambe droite, ce qui avait provoqué une déchirure du ligament. Depuis cette date, il était en arrêt de travail. Les premiers soins avaient été prodigués par le Dr L\_\_\_\_\_, alors que la suite du traitement avait été assurée par la Dresse M\_\_\_\_\_, tous deux médecins généralistes auprès de la Permanence de Cornavin.
3. Une imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit, effectuée le 5 novembre 2003 par le Dr N\_\_\_\_\_, 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. Un rapport médical LAA, établi le 7 novembre 2003 par le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique auprès de la Permanence de Cornavin, indique que l'assuré avait consulté le jour de son accident, à la suite d'une glissade avec chute et entorse à la cheville et au genou droit. Une lésion méniscale interne du genou droit et une entorse à la cheville droite avaient été diagnostiquées, ces lésions étant en relation directe avec l'accident. L'assuré devait subir une arthroscopie et une ménisectomie au genou droit. Il était en incapacité de travail à 100 % dès le 30 septembre 2003, la durée probable du traitement étant de 4 semaines.
5. Par courrier du 27 novembre 2003, le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin conseil auprès d'ALLIANZ, a demandé au Dr O\_\_\_\_\_ des précisions concernant le status orthopédique de son 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. Il indiquait que son travail consistait à faire la part des choses entre la nécessité des soins pour une entorse bénigne, moyenne ou grave, qui serait survenue le 30 septembre 2003, et un état antérieur évoluant vers une gonarthrose.

6. Par courrier du 4 décembre 2003, le Dr O\_\_\_\_\_ a répondu que l'examen clinique avait mis en évidence une douleur diffuse avec une effusion et suspicion de lésion méniscale interne du genou, avec ébauche positive de signes de MAC MURRAY et palpation de l'interligne articulaire interne positive. Le « squatting » était impossible. Une IRM avait confirmé la présence d'une lésion méniscale interne et d'une rupture chronique du croisé antérieur, sans pouvoir le certifier. Le médecin indiquait qu'il était raisonnable d'admettre que cette lésion méniscale interne, voire même externe, soit survenue lors de l'incident décrit par le patient le 30 septembre 2003. Toutefois, celui-ci décrivait clairement une glissade avec chute et entorse du genou qui était quasiment asymptomatique avant l'accident. Dès lors, il était raisonnable d'admettre qu'il y avait tout à fait une possibilité de relation de cause à effet entre l'incident du 30 septembre 2003 et la présence de lésions méniscales internes.
7. Dans un rapport LAA du 4 décembre 2004, le Dr L\_\_\_\_\_ a indiqué avoir constaté un genou droit et une cheville droite enflés et douloureux et diagnostiqué une entorse du genou droit et de la cheville droite. Lors de l'anamnèse, l'assuré avait indiqué avoir eu précédemment mal de temps en temps à l'arrière du genou droit, sans que cela ne l'empêche de travailler à plein temps comme cuisinier. Il n'avait jamais eu mal à la cheville droite avant l'accident. Suite à la glissade, il avait également eu mal à l'épaule droite et à la colonne lombaire, ces douleurs ayant disparu en quelques jours. Il était incapable de travailler à 100 % depuis le 30 septembre 2003, la durée du traitement probable étant de 3 à 4 semaines.
8. Le 18 décembre 2003, le Dr O\_\_\_\_\_ a établi un rapport opératoire suite à une arthroscopie du genou droit, avec méniscectomie partielle des cornes antérieure et moyenne du ménisque externe et des cornes postérieure, moyenne et antérieure du ménisque interne, pratiquée sur l'assuré le même jour. Le Dr O\_\_\_\_\_ a constaté à cette occasion une lésion qui paraissait relativement fraîche, en anse de sceau, déchiquetée, des cornes antérieure et moyenne du ménisque externe. Il a également constaté une vieille lésion du croisé avec résorption quasi complète des fibres de celui-ci. Le traitement postopératoire ordonné envisageait la reprise de la marche, en charge selon la douleur, dès le soir de l'intervention, suivie de physiothérapie de musculation et de rééducation de la cuisse droite, dès le premier jour après l'opération.

9. Dans un courrier adressé au Dr P \_\_\_\_\_ le 15 janvier 2004, la Dresse M \_\_\_\_\_ a indiqué que lors de la consultation du 30 septembre 2003, l'assuré s'était plaint de douleurs au niveau de l'épaule droite et de la région lombaire, de sorte qu'une radiographie pratiquée le 7 octobre 2003 avait été ordonnée, mais n'avait montré aucune particularité. L'assuré avait dû marcher en décharge avec des cannes, à cause de sa lésion méniscale opérée le 18 décembre 2003. Les lombalgies étant de plus en plus importantes et ne cédant pas au traitement analgésique et physiothérapeutique, elle sollicitait l'organisation d'une expertise médicale pour décider de la suite des investigations à faire. Le Dr O \_\_\_\_\_ avait indiqué une reprise de travail à 100 % dès le 19 janvier 2004, l'arrêt de travail étant prolongé dans l'attente de la décision du Dr P \_\_\_\_\_.
10. Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 4 février 2004, la Dresse M \_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics d'entorse à la cheville droite et de lésions méniscales interne et externe du genou droit. Elle a indiqué que la physiothérapie et les soins pratiqués après l'arthroscopie avaient donné une bonne évolution du genou, mais que des lombalgies étaient toujours présentes. L'assuré suivait un traitement d'analgésique, de myorelaxant et de physiothérapie. Une expertise médicale était proposée pour déterminer la suite à donner à la prise en charge de l'assuré. La durée du traitement devait être déterminée par l'expertise, la reprise de travail n'étant pas envisagée.
11. Le 2 mars 2004, le Dr Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, ainsi que médecine manuelle, consulté par l'assuré sur conseil de la Dresse M \_\_\_\_\_, a indiqué avoir diagnostiqué des lombalgies post-traumatiques, une gonalgie droite, avec un status après méniscectomie interne du genou droit suite à une lésion méniscale d'origine traumatique (accident du 30 septembre 2003), de même qu'une lésion chronique du croisé antérieur. S'agissant du genou droit, une bonne trophicité musculaire et une bonne mobilité du genou avaient été constatées sur le plan clinique, sans signe d'instabilité ou de souffrance méniscale significative. Les douleurs mécaniques à la marche après un périmètre d'environ un kilomètre étaient probablement à mettre en relation avec une arthrose débutante, liée à un status après ancienne rupture du ligament croisé antérieur, méniscectomie et chondropathie condylienne modérée. Aucune proposition thérapeutique ne pouvait être effectuée, si ce n'était une éventuelle visco-supplémentation. S'agissant des lombalgies, une bonne mobilité de la colonne lombaire avait été constatée sur le plan clinique. Il existait une palpation douloureuse en L4-L5 para-vertébrale droite et au niveau des ligaments illio-lombaires. Une possible lésion de la capsule postérieure ou un étirement des ligaments illio-lombaires post-traumatique pouvaient être évoqués. Le port de cannes anglaises avait probablement maintenu des surcharges localisées à ce niveau. Il proposait de faire un scanner ou une IRM lombaire, principalement à but asséurologique et

selon les résultats, de discuter d'une éventuelle infiltration facettaire L4-L5 droite.

12. Une IRM de la colonne lombaire a été effectuée le 9 mars 2004, laquelle a mis en évidence des séquelles d'une maladie de Scheuermann, des dégénérescences discales étagées par discarthrose modérée en L4-L5 et L5-S1, une hernie discale en L4-L5, partiellement luxée vers le bas, de localisation médiane et paramédiane gauche, entrant en conflit avec la racine L5 gauche, une ébauche d'hernie discale en L5-S1 de localisation médiane, mais sans image d'hernie ni effet compressif sur les racines, une arthrose intrapophysaire postérieure prédominante en L4-L5 et provoquant un rétrécissement modéré du canal dans le sens latéral.
  
13. A la demande d'ALLIANZ, le Dr R\_\_\_\_\_, 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. Dans le cadre de l'anamnèse, l'assuré a indiqué avoir été victime d'un traumatisme au genou droit durant son service militaire au Portugal, lequel n'aurait pas eu de suite. L'assuré avait toujours pu travailler normalement. Il vivait en Suisse depuis le mois de février 2003, ayant été licencié deux mois après l'accident du 30 septembre 2003. Sur le plan médical, il se plaignait de douleurs lombaires et au genou depuis l'accident. Suite à l'arthroscopie du genou droit pratiquée le 18 décembre 2003, l'assuré avait dû marcher avec des cannes anglaises durant la période post opératoire. Il ne prenait pas de médicament et ne suivait plus de séance de physiothérapie. 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. Une infiltration antalgique effectuée le 21 mars 2004 avait apporté un soulagement des douleurs, de sorte que d'autres infiltrations étaient prévues. Afin de compléter son examen du 23 mars 2004, le Dr R\_\_\_\_\_ a effectué des radiographies de contrôle du genou droit, de face et de profil. Les clichés montraient des épines tibiales proéminentes, ce qui traduisait des phénomènes dégénératifs, un discret aplatissement du condyle fémoral externe, les rapports fémoro-tibiaux étant corrects, aucune nécrose visible, une bonne minéralisation osseuse. Selon le Dr R\_\_\_\_\_, le status post-ménisectomie du genou était calme et on pouvait considérer que les suites de cette opération étaient terminées. Persistait une discrète laxité ligamentaire antéro-postérieure, en rapport avec une ancienne déchirure du ligament croisé antérieur, mais sans rapport avec l'événement du 30 septembre 2003. Au niveau de la colonne lombaire, certains phénomènes dégénératifs étaient présents, ainsi qu'une hernie discale L4-L5, objectivés par l'IRM du 9 mars 2004, lesquels étaient préexistants à l'événement du 30 septembre 2003. La chute du 30 septembre 2003 avait toutefois pu déclencher une symptomatologie douloureuse lombaire transitoire, qu'on pouvait qualifier d'aggravation passagère d'un état antérieur.

---

Cependant, pour la colonne lombaire, le statu quo ante/sine était atteint le 23 mars 2004, date de l'examen du Dr R\_\_\_\_\_. En ce qui concernait le genou droit, on devait admettre une aggravation probable de l'état antérieur, sous forme d'une lésion méniscale. Cette lésion était guérie. Le genou droit étant le siège de phénomènes dégénératifs préexistants, sous forme de chondropathie, d'un tissu méniscal fortement dégénératif et d'un status après rupture du ligament croisé antérieur, la chute du 30 septembre 2003 n'avait pas aggravé cet état dégénératif et le statu quo ante/sine au genou droit était atteint à la date de l'examen du 23 mars 2004. Une pleine capacité de travail était dès lors reconnue à l'assuré.

14. Suite à l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_, ALLIANZ a informé son assuré qu'elle entendait mettre un terme aux prestations d'assurance avec effet au 23 mars 2004. Un délai de 30 jours lui était accordé pour prendre position à cet égard.
15. Le 26 avril 2004, le Dr Q\_\_\_\_\_ s'est prononcé sur les lombalgies chroniques sur discopathies L4-L5 et L5-S1 et sur la hernie discale L4-L5 diagnostiquée, indiquant que ces lésions étaient probablement à mettre en lien de causalité avec l'accident. En ce qui le concernait, le traitement, infiltrations facettaires et foraminales L4-L5, était terminé depuis le 5 avril 2004. Les suites de traitement et l'incapacité de travail devaient être évaluées avec le médecin traitant.
16. Par courrier adressé à ALLIANZ le 5 mai 2004, ayant pris connaissance du rapport d'expertise du Dr R\_\_\_\_\_, la Dresse M\_\_\_\_\_ a indiqué avoir continué à suivre l'assuré une fois par semaine en tant que médecin traitant. Par des efforts d'information, elle avait essayé de lui faire accepter que les lombalgies dont il souffrait ne constituaient qu'une aggravation passagère d'un état antérieur et lors de la consultation, le 30 avril 2004, elle avait clos le dossier.
17. Par l'intermédiaire du syndicat industrie et bâtiment, l'assuré a fait valoir, le 6 mai 2004, que la décision de mettre un terme aux prestations d'assurance à compter du 23 mars 2004 était sans fondement juridique et pour le moins prématurée, comme le démontrait le courrier de la Dresse M\_\_\_\_\_ 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 depuis le 23 mars 2004, le statu quo ante/sine ayant été atteint à cette date. L'assureur relevait que la Dresse M\_\_\_\_\_ ne faisait état, s'agissant des lombalgies, que d'une aggravation passagère d'un état antérieur et qu'elle avait clos le dossier à l'issue de la consultation du 30 avril 2004. Quant au Dr R\_\_\_\_\_, il avait

---

précisé que le statu quo ante/sine avait été atteint le 23 mars 2004, ce point de vue n'ayant pas été contesté par la position de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 5 mai 2004.

19. Par courrier du 11 juin 2004, la Dresse M\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de l'assuré s'était aggravé et qu'une prise en charge était nécessaire, de sorte qu'elle lui avait conseillé d'aller revoir le Dr Q\_\_\_\_\_.
20. Suite à une IRM du genou droit effectuée le 22 juin 2004, le Dr S\_\_\_\_\_ s'est adressé le 23 juin 2004 au Dr Q\_\_\_\_\_, lui indiquant que le ménisque interne souffrait d'un aspect irrégulier mal défini de la corne postérieure, traduisant une lésion de grade III, le ménisque externe étant d'aspect normal, sans évidence de déchirure. Le ligament croisé antérieur et le ligament croisé postérieur étaient d'aspect normal, de même que le ligament latéral externe et interne. Les éléments recueillis par l'IRM étaient compatibles avec une lésion de grade III de la corne postérieure du ménisque interne.
21. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assuré a formé opposition, en date du 1<sup>er</sup> juillet 2004, contre la décision du 27 mai 2004 d'ALLIANZ. Principalement, il a conclu à l'octroi d'indemnités journalières postérieures au 23 mars 2004, 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, le tout avec intérêts à 5 % l'an dès le 30 septembre 2004. Subsidiairement, il a sollicité la mise en place d'une expertise par le service de rhumatologie de l'Hôpital cantonal de Genève. Il a fait valoir que l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ était contradictoire dans la mesure où elle retenait que l'activité de cuisinier pouvait être reprise sans restriction dès le 23 mars 2004, alors qu'elle 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 après l'accident. Dès lors, les conclusions de l'expertise étaient en contradiction avec les données de la dernière IRM du 22 juin 2004, ce qui n'était pas compatible avec la guérison des lésions méniscales au genou droit, évoquées par l'expert. Le Dr R\_\_\_\_\_ se trompait en outre 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 M\_\_\_\_\_, l'assuré a été examiné par le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, lequel a établi un rapport le 16 juillet 2004. Selon l'examen pratiqué par ce médecin, le genou droit ne présentait qu'un épanchement articulaire mineur, une amyotrophie de 1.5 cm au niveau de la cuisse droite, la rotule étant sans particularité. L'examen

des ligaments croisés était rendu extrêmement difficile, car le patient était trop crispé et les tests étaient presque impossibles. Le patient réagissait à chaque mouvement de la jambe avec des sursauts. Le médecin avait quand même réussi à déterminer que le test de LACHMANN était négatif, avec l'arrêt un peu retardé, probablement suite à une distension du ligament croisé antérieur. Quant au ligament croisé postérieur, il était sans particularité. Les tests méniscaux étaient incertains. Il n'y avait pas de laxité latérale. Sur la base de clichés d'une IRM, on constatait une fente dans le ménisque interne, ces images étant toujours difficiles à interpréter après une intervention chirurgicale, car il pouvait s'agir effectivement d'une nouvelle déchirure ou d'un artefact. Il pensait dès lors que l'assuré devrait subir une nouvelle arthroscopie du genou droit.

23. Une IRM du genou droit a été effectuée le 28 octobre 2004 par le Dr U\_\_\_\_\_, radiologue auprès du centre de diagnostic radiologique de Carouge, les données de l'examen parlant en faveur d'une déchirure des deux ménisques, d'une déchirure ancienne du ligament croisé antérieur et d'une arthrose fémoro-tibiale et d'une chondropathie fémoro-patellaire externe. Ce médecin a indiqué qu'il avait constaté une déchirure complète d'allure ancienne du ligament croisé antérieur.
24. Par courrier du 28 octobre 2004, le Dr V\_\_\_\_\_ s'est adressé au Dr W\_\_\_\_\_, chef du service d'orthopédie de l'Hôpital cantonal de Genève, 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. Indiquant avoir fait pratiquer ce même jour une IRM du genou qui montrait une lésion des deux ménisques ainsi qu'une déchirure plus ancienne du ligament croisé antérieur, il préconisait une plastie de ce ligament croisé antérieur avec réparation simultanée des deux ménisques, les possibilités thérapeutiques conservatrices étant à son avis épuisées. Il fallait éviter que le patient n'entre dans un état de sinistrose chronique.
25. Le 2 décembre 2004, ALLIANZ s'est adressée au Dr R\_\_\_\_\_ pour lui soumettre les rapports médicaux et l'IRM établis suite à son expertise du 30 mars 2004, lesquels faisaient état de lésions de grade III de la corne postérieure du ménisque interne ainsi que d'une déchirure des deux ménisques. L'assureur présentait également les critiques formulées par l'assuré dans son opposition au sujet des contradictions contenues dans l'expertise et demandait au Dr R\_\_\_\_\_ si ces nouveaux éléments étaient de nature à modifier ses conclusions.
26. Le 16 décembre 2004, le Dr R\_\_\_\_\_ a répondu en indiquant qu'il convenait 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 possiblement en lien avec l'accident, ce qui n'entraîne pas en ligne de compte pour la seconde. 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. Cela confirmait son appréciation contenue dans l'expertise, à savoir que, depuis le début, il s'était agi de ménisques dégénérés et que les déchirures étaient d'origine dégénératives. S'agissant des troubles à la colonne lombaire, l'IRM pratiquée le 9 mars 2004, objectivant une hernie discale de localisation médiane et paramédiane gauche, ne pouvait être mise en lien avec l'accident, dans la mesure où les radiographies de la colonne lombaire, effectuées le 7 octobre 2003, soit une semaine après cet accident, ne montraient aucune lésion traumatique objectivable. Le type d'hernie diagnostiquée pouvait donner des douleurs du côté droit comme du côté gauche, de sorte que le fait que l'assuré fasse état de lombalgies droites ne signifiait pas qu'une hernie discale d'origine traumatique soit apparue de ce côté. L'accident de septembre 2003 avait pu déclencher des douleurs, mais n'était pas responsable de l'état dégénératif, ni de la hernie discale, les hernies traumatiques étant par ailleurs rarissimes. Dès lors, 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 de douleurs de sa colonne lombaire et de douleurs au genou droit, cette incapacité n'était pas à mettre en rapport avec l'accident survenu le 30 septembre 2003, mais avec l'état dégénératif préexistant.

27. Le 2 mars 2005, le Dr W \_\_\_\_\_ s'est adressé au conseil de l'assuré, indiquant connaître le patient depuis le 19 janvier 2005, celui-ci lui ayant été adressé par le Dr A \_\_\_\_\_ de l'Hôpital de Beau Séjour, pour la prise en charge de ses problèmes de genoux. Il se trouvait incapable de dire si les lésions post-traumatiques des deux genoux étaient des séquelles du seul accident du 30 septembre 2003. L'arthroscopie du genou droit n'avait en tout cas pas permis de régler entièrement le problème. L'assuré souffrait toujours d'une lésion ligamentaire post-traumatique aux deux genoux, une reconstruction chirurgicale du ligament n'étant en soi pas interdite, bien que la surcharge pondérale du patient fût un mauvais pronostic pour ce genre d'intervention. En conclusion, il pensait que le cas de l'assuré relevait de l'assurance-accidents.
28. Par décision sur opposition du 4 avril 2005, ALLIANZ a confirmé sa décision du 27 mai 2004. Les conclusions du Dr R \_\_\_\_\_ étaient convaincantes et n'étaient au demeurant contredites par aucun des médecins consultés. En particulier, le Dr O \_\_\_\_\_ 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. Quant au Dr W \_\_\_\_\_, il avait admis être dans l'incapacité de dire si les lésions étaient les séquelles de l'accident.

29. Par acte du 19 mai 2005, posté le lendemain, l'assuré a formé recours contre la décision sur opposition du 4 avril 2005, concluant principalement à l'octroi d'indemnités journalière au-delà du 23 mars 2004, au versement d'une rente d'invalidité entière et à l'obtention d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Subsidiairement, il a sollicité la mise en place d'une expertise judiciaire. Il 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 de l'opération du genou droit, le recourant s'était appuyé sur le genou gauche, ce qui avait entraîné des lésions ligamentaires nécessitant une nouvelle intervention. Dès lors, 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.

Etait joint à son recours, notamment, un courrier du Dr W \_\_\_\_\_ au Dr P \_\_\_\_\_, du 12 avril 2005, indiquant avoir été amené à pratiquer une arthroscopie du genou droit le 1<sup>er</sup> février 2005 devant la persistance des symptômes après la première intervention de décembre 2003. En raison d'un nouvel accident subi en juin 2004, il avait aussi pratiqué une arthroscopie du genou gauche, le 29 mars 2005, laquelle avait montré une déchirure en anse de sceau des deux ménisques, dont l'un était luxé. A son sens, les deux accidents étaient clairement établis, même si le ligament croisé antérieur droit était déficient déjà en 2003. L'état du patient s'améliorait et il espérait pouvoir le remettre au travail prochainement.

30. Par courrier du 9 juin 2005, le Dr P \_\_\_\_\_ a informé le Dr W \_\_\_\_\_ 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 le 1<sup>er</sup> février 2005 au genou droit présentait un lien de causalité possible, vraisemblable ou certain avec l'accident du 30 septembre 2003.
31. Par courrier du 14 juin 2005, le Dr W \_\_\_\_\_ a répondu au Dr P \_\_\_\_\_ qu'il était certain que l'arthroscopie du 1<sup>er</sup> février 2005 avait un lien avec l'accident du 30 septembre 2003, dans la mesure où le patient se plaignait de douleurs importantes et persistantes depuis l'accident et la première

arthroscopie. Par ailleurs, une IRM du 28 octobre 2004 avait montré des signes compatibles avec une déchirure des deux ménisques. Selon le compte rendu opératoire, aucune nouvelle déchirure du ménisque n'avait été trouvée mais une lésion cartilagineuse de stade II sur le condyle interne. Le lavage effectué avait permis d'améliorer les symptômes douloureux du patient. Au dernier contrôle clinique du 13 juin 2005, il avait constaté que le genou droit ne montrait plus d'état inflammatoire et le patient admettait que ses douleurs avaient diminué.

32. Le 7 juillet 2005, le Dr P\_\_\_\_\_ s'est adressé à ALLIANZ pour lui indiquer qu'il pensait qu'il existait un lien de causalité entre la nécessité des nouvelles arthroscopies pratiquées par le Dr W\_\_\_\_\_ et l'accident du 30 septembre 2003. Vu l'absence de lésion persistante constatée, on pouvait considérer une incapacité de travail théorique d'une semaine après l'intervention.
33. Dans sa réponse au recours du 12 août 2005, ALLIANZ a conclu à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée. 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 avait été atteint six mois plus tard. Lors de la nouvelle intervention pratiquée par le Dr W\_\_\_\_\_, ce dernier avait constaté que le soupçon d'une redéchirure 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. Quant au nouvel accident au genou gauche, il était du ressort de la SUVA. Les lésions ligamentaires n'étaient pas en relation avec l'accident. S'agissant de la hernie discale, son origine devait être tenue pour dégénérative. Dès lors, il fallait partir de l'idée que l'accident n'avait pu que participer à une aggravation transitoire et limitée dans le temps et non définitive.
34. Au mois de septembre 2005, l'assuré a déposé une demande en vue de percevoir des prestations de rente d'invalidité.
35. Une audience de comparution personnelle des parties a eu lieu le 9 novembre 2005. A cette occasion, le recourant a déclaré avoir eu un premier accident à l'âge de 20 ans, lors de son service militaire au Portugal, ayant alors subi une déchirure du ligament croisé antérieur du genou droit, traité par infiltrations, lasers, vapeur et massages. Au bout de trois semaines, la situation était à nouveau normale, il avait repris le service militaire, n'avait plus eu aucun traitement et avait pu continuer son activité dans l'hôtellerie comme indépendant par la suite. Le genou ne le gênait pas sauf lorsqu'il pratiquait du football et qu'il faisait des efforts, il ressentait alors une petite douleur. Le 30 septembre 2003, il avait glissé sur le sol couvert de gras de la cuisine, alors qu'il travaillait. Sa cheville droite s'était tordue et tout le reste de la jambe avait suivi. Il avait ressenti un choc électrique, était tombé en arrière. Il avait consulté la

Permanence de Cornavin, en la personne du Dr L\_\_\_\_\_, en urgence, le jour même. Un mois plus tard, il avait consulté le Dr O\_\_\_\_\_ à la Permanence, lequel avait suspecté un problème de ménisque et pratiqué une IRM le 5 novembre 2003, puis une intervention le 18 décembre 2003. Le 9 janvier 2004, son genou avait quasiment triplé de volume à trois semaines de l'intervention mais le Dr O\_\_\_\_\_ lui avait remis un certificat de reprise de travail à 100 % pour le 1<sup>er</sup> février et lorsqu'il s'était plaint, lui avait indiqué que s'il n'était pas content de son travail, il n'avait qu'à rentrer chez lui. Il contestait avoir de l'arthrose au genou droit. En descendant du bus, le 10 juin 2004, il s'était tordu le genou gauche et était tombé. Un mois plus tard, il s'était rendu aux HUG pour un problème lié aux deux genoux.

36. En date du 13 février 2006, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et en thérapie neurale auprès du Centre médical de Meyrin, a indiqué dans un rapport suivre l'assuré depuis le 16 novembre 2005, date à laquelle il avait consulté en raison de douleurs insupportables de la tête, de la nuque et des bras, irradiant dans tout le dos et dans les jambes. Le diagnostic retenu était une décompensation chronique du rachis, prédominant au niveau cervico- brachial et datant d'au moins plusieurs mois en raison de l'importance de la fibrose sous cutanée. On pouvait suspecter que cette décompensation était une suite de la marche en décharge prolongée avec cannes ou du moins, avait été aggravée par l'utilisation des cannes anglaises. Un traitement mixte de thérapie neurale locale et générale avait été entrepris, ainsi que des traitements manuels, dont la durée était impossible à prévoir.
37. Le 15 février 2006, le Dr L\_\_\_\_\_ a été entendu en enquêtes. Il 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 paravertébrales et lombaires étaient prédominantes, raison pour laquelle les douleurs au genou n'avaient été investiguées que dans un deuxième temps. L'assuré avait ensuite été pris en charge par la Dresse M\_\_\_\_\_. Lorsqu'il avait revu le recourant le 2 janvier 2004, celui-ci se plaignait de douleurs au genou droit qui était enflé depuis la récente intervention, ce qui n'était pas anormal. Il adhérait 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, la déchirure de la partie antérieure était probablement ancienne. S'agissant du ménisque externe, il s'agissait d'une nouvelle lésion. S'agissant de la dégénérescence de la corne du ménisque, il était difficile de dire avec certitude si la déchirure était nouvelle ou pas. Il était probable que la déchirure du ménisque interne avait été causée par l'événement du 30 septembre 2003. Il s'agissait d'une aggravation. Le facteur

poids était également 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.

38. Entendue le même jour, la Dresse M \_\_\_\_\_ a indiqué avoir soigné le patient du 13 octobre 2003 au 13 juillet 2004, de nombreux autres spécialistes étant intervenus à sa demande 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 paralombaire. Elle avait adressé le patient au Dr O \_\_\_\_\_ qui l'avait 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 avait 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. Lorsqu'elle avait pris connaissance de l'expertise du Dr R \_\_\_\_\_, elle avait été surprise de la date de la fin de la prise en charge fixée au 23 mars 2004, raison pour laquelle elle avait 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 maintenait que le traitement était terminé le 30 avril 2004, de son point de vue de médecin généraliste.
39. A l'audience d'enquêtes du 15 mars 2006, le Dr V \_\_\_\_\_ a indiqué avoir examiné le recourant le 13 septembre 2004 et l'avoir immédiatement adressé au Dr W \_\_\_\_\_, après avoir constaté un genou droit instable, avec des signes d'inflammation et de rupture du ligament croisé antérieur, ainsi qu'une petite enflure postérieure. Le genou présentait un discret blocage en flexion. Avec de tels symptômes, le recourant était incapable de travailler dans son métier. Il n'avait pas constaté de signe d'arthrose à l'examen clinique. Il avait également à disposition le compte tenu opératoire du Dr O \_\_\_\_\_ qui ne mentionnait pas d'arthrose. Il avait adressé le patient au Dr W \_\_\_\_\_ dans l'idée qu'il procède à une intervention car du point de vue thérapeutique, ils étaient arrivés au bout des possibilités. Pour sa part, il avait attribué l'état du genou droit à la rupture du ligament croisé antérieur, hypothèse qui paraissait la plus plausible. Lors d'une arthroscopie, seule la partie déchirée du ménisque était enlevée. Il était dès lors fort possible de subir d'autres déchirures du ménisque restant. Il était possible que l'on constate à l'IRM une déchirure qui était passée quasiment inaperçue cliniquement. Lors de son examen, en septembre 2004, le genou gauche ne présentait pas de particularité. Le patient ne lui avait pas parlé d'un événement accidentel concernant le genou gauche. D'après le rapport opératoire du Dr O \_\_\_\_\_, une ménisectomie partielle avait été pratiquée, de sorte qu'il restait encore une partie du ménisque intact. De son point de vue, si le genou demeurait enflé, c'était parce qu'il y avait un phénomène de rabot : le

genou n'était plus retenu par le ligament croisé, mais par la musculature. Lorsqu'il avait vu le patient en septembre 2004, il avait constaté qu'il était déprimé, découragé, parce qu'il n'était pas guéri et que son genou ne fonctionnait pas. Dans ce cas, il s'agissait d'éviter un état de sinistrose, car après un an d'incapacité de travail, il était souvent difficile de remettre les patients au travail. En signalant deux déchirures des deux ménisques, il ne pouvait pas affirmer qu'elles étaient postérieures à l'opération effectuée par le Dr O\_\_\_\_\_ 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. Ce qui était contradictoire aussi, c'était que l'IRM parlait d'arthrose, alors que le rapport opératoire n'en parlait pas.

40. Entendu le même jour, le Dr O\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il avait initialement prévu que le traitement se terminerait après 4 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, même en l'absence d'un événement traumatique. Il n'était donc pas possible d'affirmer que les deux lésions méniscales observées chez le patient trouvaient nécessairement leur origine dans l'accident, étant précisé qu'il ne savait pas quel était l'état du genou avant le 30 septembre 2003. S'agissant de la reprise du travail prévue pour le 19 janvier 2004 dans l'activité de cuisinier, il avait estimé que les plaintes du patient étaient disproportionnées par rapport au status clinique à l'intervention et au status périopératoire. 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. Une déchirure de grade III atteignait la surface du ménisque et nécessitait presque toujours une intervention chirurgicale si elle était symptomatique. Lors de l'arthroscopie, il n'avait pas constaté d'arthrose. Au mois de janvier 2004, le genou de l'assuré était bien, ne présentant pas de tuméfaction, nonobstant les plaintes du patient. Dans la mesure où la ménisectomie qu'il avait pratiquée était partielle, il avait enlevé la partie déchirée du ménisque, mais il restait évidemment une fente dans le ménisque qui était toujours présent, ce qui expliquait qu'à l'IRM du 22 juin 2004, le radiologue avait constaté une déchirure méniscale de grade III. Cependant, l'IRM mentionnait un ligament croisé antérieur intact. Or, ce ligament n'existait plus, donc on ne pouvait pas le décrire comme intact. Le ligament du patient était en effet résorbé, avec les années. Durant l'intervention du 18 décembre 2003, il ne s'était rien passé de particulier. Après l'intervention, il avait posé un drain. Il était possible que le patient ait saigné ce qui avait expliqué le genou enflé et l'impression de blocage. Il n'avait pas le souvenir que lors de la consultation de janvier 2004, le genou du patient soit encore enflé. Après

l'intervention, dans les 24 à 48 heures, le patient avait le genou enflé, ce qui n'était pas anormal. Lorsqu'il y avait une complication ou un incident durant l'intervention, il le notait dans son rapport opératoire. Les infirmières tenaient pour leur part des notes qui figuraient dans le dossier médical du patient à la clinique. Il mettait toujours des drains, pour le confort du patient, ayant demandé aux infirmières que le drain draine bien le sang. Même si le genou était enflé, avec le temps, l'hématome se résorbait. Selon le rapport d'arthroscopie du mois de février 2005, pratiquée par le Dr W\_\_\_\_\_, il était fait mention d'un ligament croisé antérieur absent, sans lésion résiduelle des deux ménisques. Une usure du compartiment interne de grade II était décrite. L'arthroscopie avait eu pour but de poser un diagnostic, sans qu'il n'ait été pratiqué de geste chirurgical. Cet examen était superposable au status de genou à la fin de l'intervention de décembre 2003, si ce n'était pour la petite lésion de grade II. Selon lui, le patient était apte à exercer une activité lucrative dans son métier ou dans un autre.

41. Le Dr R\_\_\_\_\_, également entendu comme témoin, a signalé qu'à l'anamnèse, le patient avait une déchirure du ligament croisé antérieur, lésion qui, traitée ou non, aboutissait toujours à moyen ou long terme à une arthrose du genou. Une entorse banale avait pu provoquer une lésion, sans qu'il soit possible de déterminer exactement laquelle. On pouvait partir du principe qu'il pouvait y avoir une aggravation, sans qu'une entorse banale ne puisse entraîner une déchirure complexe des deux ménisques. Une instabilité chronique liée à la déchirure du ligament croisé antérieur entraînait un laminage des ménisques et de la structure cartilagineuse. Cette instabilité pouvait donc conduire à des déchirures méniscales progressives complexes, par l'usure. La complexité de ces déchirures était liée plutôt à l'état préexistant d'instabilité chronique. Dans le cas d'espèce, les suites opératoires avaient été simples, de sorte qu'il avait fixé le statu quo ante/sine au 30 mars 2004. Lors de son examen, il avait constaté que les deux genoux étaient symétriques, qu'il n'y avait pas d'atrophie du genou droit. Dans la mesure où le genou avait récupéré l'état préexistant, le patient pouvait reprendre l'activité qu'il avait exercée auparavant, sans problème. Des déchirures complexes n'étaient pas des déchirures fraîches, étant précisé que si le chirurgien ne constatait pas d'arthrose lors de l'intervention, ce n'était pas en contradiction avec l'IRM, ni avec la radiographie standard : la radiographie standard décrit en effet des épines très pointues, ce qui signifie le début d'une situation arthrosique. De plus, le chirurgien ne voyait qu'en surface et non pas en profondeur, comme le radiologue. Lorsqu'il constatait qu'il n'y avait pas de chondromalacie, cela signifiait seulement que le cartilage avait une consistance relativement bonne. Le patient se plaignait de douleurs quasi permanentes du genou droit, accompagnées de tuméfactions. Cependant, ainsi qu'il l'avait décrit, à l'examen clinique, il avait constaté un genou droit calme et sec, les signes méniscaux étant négatifs et sans point douloureux à la palpation. Au vu de l'IRM, le ménisque présentait un état dégénératif, ce qui expliquait que

l'intervention du Dr O \_\_\_\_\_ s'était résumée à une méniscectomie partielle. En effet, sur un ménisque présentant de telles caractéristiques, on ne pouvait jamais effectuer de coupe franche. Dès lors, la partie du ménisque qui subsistait pouvait très bien se fendiller, comme avant l'accident du 30 septembre 2003. De telles déchirures étaient liées à l'état dégénératif préexistant du ménisque et constituait des déchirures d'usure ou de fatigue. Elles n'étaient nullement liées à l'accident ou à une intervention mal faite. Pour éviter toute déchirure du ménisque, il faudrait en enlever la totalité, ce qui ne se faisait pas puisqu'on enlevait que la partie déchirée. Dans le cas d'espèce, c'était l'état préexistant de l'ensemble du genou qui était dominant.

42. Lors de l'audience d'enquêtes du 17 mai 2006, le Dr A \_\_\_\_\_ a exposé avoir repris le dossier du Dr Q \_\_\_\_\_, son prédécesseur, depuis le 10 novembre 2004. Il avait délivré des certificats d'incapacité de travail à 100 %, eu égard à sa profession de cuisinier, dans laquelle, la position debout et statique était contre indiquée, en raison de ses douleurs des 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. Des IRM successives avaient démontré des problèmes d'articulation, plus particulièrement du ménisque. Pour sa part, il avait surtout constaté un genou globalement douloureux, avec une réaction inflammatoire. S'agissant du ligament croisé, le genou douloureux était un tableau supplémentaire, dès lors qu'avant la chute, ce genou fonctionnait normalement. Le patient avait fait état de plaintes au genou gauche dès juin 2004, sans qu'il se rappelle des circonstances dans lesquelles ces plaintes étaient intervenues. Deux arthroscopies avaient été pratiquées, le 1<sup>er</sup> février 2005 au genou droit et le 30 mars 2005 au genou gauche. S'agissant du premier, l'évolution postopératoire n'avait pas été favorable et le patient présentait des séquelles fonctionnelles et liées aux douleurs. Sur le genou gauche, un problème de ménisque avait été constaté, mais l'évolution était plus favorable. La capacité de travail dans la profession de cuisinier était extrêmement limitée en raison des problèmes de flexion, appuis dus aux séquelles du genou droit. Ayant testé le patient dans les ateliers à Beau-Séjour, il était apparu que cette activité n'était pas compatible avec les séquelles qu'il présentait, en raison de douleurs chroniques du genou droit et par le fait qu'après une heure à une heure et demi de travail debout, le patient présentait un gonflement du genou. Il pourrait cependant exercer une activité assise, en alternant les positions, à plein temps, sans que le patient ait été testé dans une activité de ce type. Pour sa part, à l'examen clinique, il trouvait plus d'éléments concernant les ménisques mais pas d'instabilité consécutive aux ligaments croisés, que ce soit à droite ou à gauche.
43. Le Dr W \_\_\_\_\_, également entendu comme témoin lors de cette audience, a indiqué avoir personnellement vu le patient en début de l'année 2005. Il avait pratiqué sur lui deux arthroscopies, une au genou droit en février 2005, sans

geste chirurgical à part le lavage articulaire, une autre sur le genou gauche en mars 2005, pour une lésion traumatique, à savoir deux déchirures en anse du ménisque interne et externe. Lors de l'arthroscopie de février 2005, il avait constaté une lésion cartilagineuse qui n'avait pas été décrite lors de la première intervention pratiquée par le Dr O\_\_\_\_\_. Il s'agissait d'une lésion récente apparue postérieurement à la première arthroscopie. Une arthroscopie pouvait provoquer une lésion cartilagineuse, ce qui était un risque inhérent à une telle intervention, une lésion de ce type ne pouvant apparaître spontanément. Lors de l'anamnèse, le patient avait affirmé que les deux genoux avaient été victimes d'un phénomène de torsion lors du premier événement accidentel. Un nouvel accident était survenu en été 2004, sur le genou gauche, selon le patient. Les suites de l'intervention pratiquée au genou gauche étaient normales. En revanche, les suites postopératoires du genou droit n'avaient pas évolué favorablement, sans qu'il soit possible de dire pour quelle raison. A son avis, le genou droit avait évolué lentement mais favorablement. D'autres plaintes s'étaient surajoutées, sous forme de douleurs musculaires du dos qui avaient été traitées par d'autres médecins. Il n'y avait pas de preuve scientifique évidente de relation entre les douleurs musculaires et les interventions pratiquées. Cependant, il était connu qu'après des limitations de la mobilité, un retentissement pouvait avoir lieu sur le rachis. Lorsqu'il avait vu le patient la dernière fois en hiver 2006, l'ensemble de la problématique qu'il présentait ne permettait pas une reprise de travail, en tout cas pas dans son activité de cuisinier. Une reprise d'activité avait été envisagée à 50 % dans son métier de cuisinier à la fin de l'automne 2005, qui ne s'était pas avérée possible, en raison de décompensation par le patient d'autres syndromes douloureux. D'après les constatations faites au genou droit lors de l'arthroscopie, les surfaces cartilagineuses étaient en bon état, sauf au niveau du condyle fémoral interne qui comportait une lésion. Il n'était cependant pas possible de parler d'un état dégénératif du genou droit. Le patient avait effectivement subi une vingtaine d'année plus tôt des entorses des genoux avec des lésions ligamentaires. De telles lésions pouvaient entraîner des troubles dégénératifs pouvant aboutir à de l'arthrose. A ce moment-là, les données à l'examen radiologique, à l'IRM et lors de l'arthroscopie seraient différentes. Des lésions ligamentaires qui entraînent une instabilité du genou pouvaient donner des signes progressifs d'usure sur le cartilage, le ménisque et l'os. Un ménisque qui présentait des signes dégénératifs était effiloché, ce qui n'avait pas été constaté. Seule la lésion cartilagineuse avait été observée. Il avait de la peine à adhérer aux conclusions de l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_. De son point de vue, l'état du genou droit s'était aggravé de manière régulière, de sorte qu'il était étonnant que du point de vue clinique, un état satisfaisant du genou droit ait pu être constaté. L'état du patient s'améliorait à petite vitesse et une demande AI avait été effectuée dans le sens d'obtenir des mesures de réadaptation professionnelle. S'agissant de la capacité de travail par rapport à la lésion du genou droit, le patient 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. Une activité en position assise était sûrement compatible avec son état de santé. Certains patients ne se remettaient jamais d'une méniscectomie. Une entorse du genou pouvait entraîner une déchirure complexe des deux ménisques. Le patient présentait des genoux à risque, mais eu égard aux ligaments croisés antérieurs lésés dans le passé, il avait suffi d'une entorse pour entraîner une déchirure méniscale. Des lésions des ligaments 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. Elle pouvait aussi causer des déchirures méniscales qui n'étaient toutefois pas celles que l'on avait décrites chez ce patient.

44. Dans ses conclusions du 15 juin 2006, ALLIANZ a conclu à la confirmation de la décision entreprise. Le statu quo ante/sine avait été atteint à la date de l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_, aucun des médecins consultés postérieurement n'ayant en effet établi l'existence de lésions méniscales postérieurement à l'expertise. Au contraire, l'arthroscopie effectuée par le Dr W\_\_\_\_\_ en février 2005 avait permis de constater que les lésions méniscales avaient été réparées par le Dr O\_\_\_\_\_.
45. Dans sa détermination après enquêtes du 16 juin 2006, le recourant a persisté dans ses conclusions. La première arthroscopie n'avait pas permis de guérir les lésions observées et de soulager ses douleurs. Bien au contraire, elle avait provoqué une lésion cartilagineuse conduisant à un dommage handicapant.
46. Dans un rapport médical du 19 octobre 2006, la Dresse LA\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en anesthésiologie et thérapie neurale auprès du Centre médical de Meyrin, a indiqué que les traitements entrepris depuis la première consultation du 16 novembre 2005, par injections d'un anesthésique local et des traitements manuels avaient amélioré la situation, une très grande fatigue liée au dysfonctionnement du rachis et du système neurovégétatif persistant toutefois. L'assuré était suivi par une psychothérapeute. La Dresse LA\_\_\_\_\_ indiquait que l'évolution et le status actuel étaient compatibles avec les suites d'un traumatisme dû en partie à des torsions de l'appareil locomoteur. Le dysfonctionnement des vertèbres qui restaient en lésion et ne pouvaient être facilement repositionnées en raison de la rigidification tissulaire, associée à un dysfonctionnement neurovégétatif, entraînait une augmentation constante de la symptomatologie, si le processus ne pouvait pas être inversé. Il ne devrait s'arrêter que si le rachis retrouvait une position et un fonctionnement physiologiques. Au stade actuel du traitement, les douleurs étaient importantes et les traitements désagréables en raison de l'hypersensibilité du système nerveux périphérique et du dysfonctionnement du système neurovégétatif. Les tentatives de repositionnement des vertèbres, de la ceinture scapulaire et des os du bassin

---

ne pouvaient être envisagées que progressivement. Il serait nécessaire de poursuivre le traitement par fasciathérapie qui avait été interrompu car l'assurance en avait refusé la prise en charge et le patient n'avait pas les moyens. Des séances d'ostéopathie ou de médecine manuelle étaient également indiquées. Les autres thérapies entreprises : physiothérapie, massages, natation, aidaient le patient à garder une activité physique mais n'avaient pas les mêmes impacts que la fasciathérapie avec défibrosage. La prise en charge de telles lésions était longue, pénible pour le patient, mais permettait certes d'espérer obtenir un résultat. La collaboration du patient était optimale.

47. En parallèle à son rapport du 19 octobre 2006, la Dresse LA \_\_\_\_\_ s'est adressée au conseil de l'assuré pour répondre à certaines questions posées par ce dernier. Elle a indiqué que les lésions constatées étaient dues à des disfonctionnements du rachis et du système neurovégétatif. L'état de santé s'était détérioré depuis la première intervention chirurgicale du genou droit, le 18 décembre 2003. Les lésions constatées entraînaient une incapacité de travail, en l'état de 100 %. S'il était possible de reprendre une activité d'ici quelques mois, celle-ci devrait être progressive et s'adapter à la capacité de rester dans la station debout ou assise. Il y avait un lien de causalité naturelle entre ces lésions et l'accident du 30 septembre 2003.
48. Par arrêt ATAS/1088/2006 du 20 novembre 2006, le Tribunal cantonal des Assurances sociales a admis le recours, annulé la décision sur opposition du 4 avril 2005 et condamné l'intimée à prendre en charge les suites de l'événement accidentel du 30 septembre 2003 jusqu'à une semaine après l'arthroscopie du 1<sup>er</sup> février 2005. L'assureur n'avait pas pu démontrer que le genou droit était parfaitement guéri en date du 23 mars 2004, ni que les douleurs au genou droit observées après cette date n'étaient que la conséquence d'un état maladif ou dégénératif manifeste. Le recourant avait présenté une incapacité de travail totale, attestée par de nombreux médecins, dans l'activité de cuisinier, devant 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<sup>er</sup> février 2005, conformément à l'avis exprimé par le Dr P \_\_\_\_\_, médecin conseil d'ALLIANZ, en date du 7 juillet 2005. Au-delà du 1<sup>er</sup> février 2005, 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'entraînait plus en ligne de compte. S'agissant des lombalgies, le fait de retenir tout au plus des lombalgies post-traumatiques passagères et de fixer à fin mars 2004 le statu quo ante-sine, soit environ à 6 mois après l'accident, ne prêtait pas le flanc à la critique.
49. Par courrier du 18 janvier 2007 adressé au Dr P \_\_\_\_\_, le Dr W \_\_\_\_\_ se permettait de revenir sur le courrier du précédent du 7 juillet 2005 concernant l'assuré et, se référant au 3<sup>ème</sup> paragraphe, dans lequel le Dr

P\_\_\_\_\_ affirmait que « les douleurs et l'incapacité de travail sont de façon prépondérante la conséquence des lésions méniscales du genou gauche », indiquait que cette affirmation était pour le moins curieuse dans la mesure où c'était le genou droit qui posait problème depuis le 18 décembre 2003. La gêne fonctionnelle du genou droit avait entraîné un cortège de plaintes du patient mais le problème du genou gauche avait été rapidement réglé et ne saurait être considéré comme la cause prépondérante des douleurs et de l'incapacité de travail. Malheureusement, le Tribunal cantonal des Assurances avait reconnu une pleine capacité de travail à l'assuré après l'arthroscopie du genou droit du 1<sup>er</sup> février 2005, ce qui ne correspondait pas et de loin, à la réalité. Le problème du patient n'était pas réglé et la gêne fonctionnelle du genou droit demeurait au centre des préoccupations actuelles.

50. En date du 29 janvier 2007, l'assuré a formé recours auprès du Tribunal fédéral contre l'ATAS/1088/2006, en tant qu'il avait mis fin au droit aux prestations au 8 février 2005. Il a sollicité l'annulation de l'arrêt entrepris en ce sens qu'ALLIANZ soit condamnée à prendre en charge les suites de l'événement accident du 30 septembre 2003 sur la base d'une incapacité de travail de 100 % au-delà du 8 février 2005 et sans limitation de temps, à ce que l'arrêt du Tribunal cantonal des Assurances sociales du 26 décembre 2006 soit confirmé au surplus et à ce qu'ALLIANZ soit condamnée aux dépens. Il a soulevé le fait que l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ avait contredit les constatations faites par les Drs M\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_, LB\_\_\_\_\_, V\_\_\_\_\_, W\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_. En effet, les médecins entendus par le TCAS avaient indiqué que les suites postopératoires du genou droit n'avaient pas évolué favorablement et que le patient présentait des séquelles fonctionnelles et également liées aux douleurs, de sorte qu'il ne pouvait pas avoir recouvré sa capacité de travail. Dès lors que le lien de causalité naturelle était une question de fait et qu'aucun des médecins traitants n'avait estimé que ce lien avait été rompu une semaine après l'arthroscopie du 1<sup>er</sup> février 2005, le TCAS ne pouvait pas s'écarter de ces avis médicaux concordants. En tout état de cause, les médecins intervenus après l'intervention du mois de février 2005 avaient tous relevé qu'un traitement médical était nécessaire et qu'un changement d'activité dans une profession compatible n'était pas envisageable en l'état compte tenu des complications survenues à la suite de l'opération, question qui n'avait pas été examinée par le TCAS.
51. ALLIANZ a conclu au rejet du recours.
52. En date du 5 octobre 2007, le Dr LC\_\_\_\_\_, mandaté par le Service médical régional AI de Suisse romande (ci-après : SMR) a établi un rapport dont il ressort qu'à cette date, en ce qui concerne le genou gauche, l'assuré se déclarait asymptomatique. Quant à son genou droit, il indiquait qu'il souffrait de gonalgie et que son genou droit et sa jambe droite devenaient tuméfiés lorsqu'il

---

marchait plus de 1 kilomètre. Il avait des douleurs nocturnes qui le réveillaient presque toutes les nuits. Il avait aussi des gonalgies lorsqu'il restait en position debout plus de 45 minutes et de fortes douleurs lorsqu'il montait les escaliers. L'assuré se plaignait aussi d'avoir des douleurs à son épaule droite depuis son accident de septembre 2003 qui persistaient malgré un traitement conservateur sous forme de physiothérapie, infiltrations sous acromiales et des séances de thérapie neurale. Depuis septembre 2003 également, l'assuré se plaignait de douleurs lombaires d'intensité 10/10 à caractère continu irradiant au regard de la fesse droite et de la cuisse droite. Il se plaignait aussi de cervicalgies qui irradiaient vers la région occipitale et de dorsalgies. L'appréciation du cas effectuée par le Dr LC\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, révélait qu'après un examen attentif du patient, il y avait une discordance frappante entre l'intensité des douleurs exprimées et un examen clinique plutôt rassurant. Les genoux avaient une bonne mobilité, ne présentant aucun signe inflammatoire malgré une laxité antéropostérieure exagérée. Au niveau de la colonne vertébrale, il n'y avait pas de contracture de la musculature paravertébrale et une mobilité satisfaisante. Des signes de non organicité avaient été mis en évidence à l'examen clinique. En conclusion, s'agissant de la capacité de travail exigible de l'assuré, le Dr LC\_\_\_\_\_ se prononçait en faveur d'une reprise du travail à 100 % dans une activité autre que celle de cuisinier qui n'était pas adaptée aux limitations fonctionnelles et ce, à deux semaines après son intervention sur le genou gauche, c'est-à-dire à partir d'avril 2005.

53. Dans un courrier adressé le 12 février 2008 au conseil de l'assuré, la Dresse LD\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, indiquait suivre l'assuré depuis le 20 avril 2006 pour un épisode dépressif moyen qui avait évolué progressivement depuis cette date mais était toujours présent. L'état dépressif se caractérisait en l'état par une apathie, une perte de goût et d'intérêt pour quoi que ce soit, une fatigabilité. Le patient souffrait également d'idées hypochondriaques, pensant qu'il souffrait d'une grave maladie. La Dresse LD\_\_\_\_\_ considérait qu'il serait utile de faire une expertise psychiatrique.
54. Par arrêt du 23 juin 2008 rendu dans la cause U 47/07, le Tribunal fédéral a admis le recours, annulant l'arrêt entrepris et renvoyant la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. Le Tribunal fédéral a considéré, en se fondant sur les avis exprimés par les Drs W\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_, qu'il n'était pas établi que les suites de l'accident du 30 septembre 2003 ne jouaient plus de rôle dans l'état de santé du recourant dès le 8 février 2005, l'assureur-accidents répondant en effet des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisaient habituellement pas selon l'expérience médicale. La documentation médicale figurant au dossier n'apparaissant pas suffisante pour permettre de trancher de façon sûre la question litigieuse de savoir si, et, le cas échéant, à compter de

quelle date l'intimée était fondée à supprimer le droit du recourant à des prestations pour les suites de l'accident du 30 septembre 2003, de même qu'au regard de la complexité du cas, les symptômes présentés par l'assuré au genou droit s'intégrant notamment dans un tableau clinique plus diffus, comprenant des douleurs du rachis ou de l'épaule, et de l'imprécision des données médicales recueillies, il s'imposait de procéder à un complément d'instruction sous la forme d'une nouvelle expertise médicale. L'arrêt entrepris devait être donc réformé en ce sens que la cause serait renvoyée à l'intimée à cet effet.

55. Dans le cadre de la procédure fédérale, il n'a nullement été question de troubles psychologiques ou psychiques présentés par le recourant.
56. Par courrier du 9 juillet 2008, ALLIANZ a informé le mandataire du recourant qu'elle entendait mettre en œuvre une expertise auprès du Dr R\_\_\_\_\_, suite à l'arrêt du Tribunal fédéral.
57. Par l'intermédiaire de son mandataire, le recourant s'est opposé à ce qu'une expertise soit à nouveau confiée au Dr R\_\_\_\_\_ et a également contesté la mission d'expertise. Il a proposé qu'une expertise soit confiée au Professeur LE\_\_\_\_\_, chef du service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux Universitaires de Genève, relevant par ailleurs qu'au vu de la complexité du cas, une expertise pluridisciplinaire devrait être mise sur pied et confiée à trois experts indépendants spécialistes en orthopédie, psychiatrie et anesthésiologie.
58. Par courrier du 21 août 2008, l'assureur-accidents a fait part de son appréciation divergente de l'arrêt du Tribunal fédéral et informé le recourant qu'il mandatait le Dr LF\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et lui a communiqué copie de la mission d'expertise.
59. Les parties ont par la suite échangé de nombreux courriers afin de tenter de parvenir à un accord, tant sur le contenu de la mission d'expertise que sur les experts à mandater. Le conseil de l'assuré a sollicité à plusieurs reprises une décision formelle de l'assureur-accidents, afin de former opposition et, cas échéant, recours, en vain.
60. Suite à la demande de prestations déposée par l'assuré, l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI), par décision du 24 juillet 2008, l'a mis au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> septembre 2004 au 31 juillet 2005 et du 1<sup>er</sup> janvier au 30 novembre 2006, vu notamment l'aggravation momentanée de l'état de santé de janvier à fin août 2006, en raison d'un épisode dépressif d'intensité moyenne.
61. L'assuré a formé recours contre cette décision.

62. Par courrier adressé le 31 octobre 2008 au conseil de l'assuré, la Dresse LD\_\_\_\_\_ a indiqué suivre l'assuré depuis le 24 avril 2006 pour un épisode dépressif moyen (CIM-10 F 32.10), survenu après un accident et intervention chirurgicale en décembre 2003 et pour troubles somatoformes. L'état psychique actuel du patient se caractérisait par l'humeur dépressive, une diminution de l'attention et de la concentration, ainsi que de l'intérêt et du plaisir, et une augmentation de la fatigabilité. En outre, le patient verbalisait l'existence de diminution de l'estime de soi et des idées de dévalorisation. Elle signalait que les idées d'allure délirante étaient de plus en plus présentes dans les entretiens. A son avis, il existait une péjoration de l'état psychique, le patient ayant épuisé toutes ses ressources nécessaires pour faire face à la maladie et verbalisant de plus en plus souvent les idées de la mort. Malgré le traitement adéquat, aucun résultat thérapeutique satisfaisant n'avait pu être obtenu, situation frustrante tant pour le patient que pour les médecins. Elle relevait que dans la littérature, il était mentionné que dans les comorbidités, en cas de dépression, la rémission était parfois difficile à obtenir.
63. Par courrier adressé au mandataire de l'assuré le 11 novembre 2008, le Dr B\_\_\_\_\_ indiquait avoir été très surpris de la discordance entre l'IRM pratiquée le 5 novembre 2003, où le Dr N\_\_\_\_\_ pouvait suivre le ligament croisé antérieur sur toute sa longueur et le rapport opératoire du 18 décembre 2003 du Dr O\_\_\_\_\_, lequel affirmait la résorption complète de ce même ligament. On était en effet en droit de se demander comment ce ligament avait pu disparaître en moins de 6 semaines et éventuellement suspecter un éventuel problème péri-opératoire. De plus, l'assuré mentionnait avoir souffert d'une hémorragie importante dans les premières heures post opératoires, les infirmières ayant dû changer à plusieurs reprises les flacons de drainage. Il était sorti de la clinique avec un genou très gonflé, vraisemblablement à cause d'un hématome sur hémorragie. En fonction du type de flacon de drainage utilisé, l'hémorragie aurait pu avoir atteint 1'500 ml dans le pire des cas, ce qui était nettement inadmissible après une arthroscopie du genou. En tant que médecin anesthésiste, il ne se considérait cependant pas compétent pour affirmer qu'il y avait eu une erreur chirurgicale dans ce contexte, ne pouvant que confirmer que les hémorragies post opératoires étaient rares après arthroscopie du genou et qu'en fonction de leur importance, une révision chirurgicale était très souvent indiquée, ce qui n'avait pas été effectué dans ce cas.
64. Par courrier adressé le 24 novembre 2008 au Dr A\_\_\_\_\_, le Dr LG\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, lui indiquait s'être penché sur les IRM réalisées en 2003 et en 2004, afin de fournir son avis quant à une attitude thérapeutique et à l'interprétation de ces deux examens. L'IRM de 2003, réalisée par le Dr N\_\_\_\_\_, montrait une lésion des deux ménisques avec grade III et fissure complexe de la corne postérieure du ménisque interne de grade II, avec fissure longitudinale de la corne moyenne et postérieure du ménisque

externe, sans épanchement intra articulaire sévère. L'étude des ligaments croisés retrouvait l'intégrité du ligament croisé postérieur ainsi que du ligament croisé antérieur. Celui-ci était visualisé en coupe de 4.5 mm, homogène, normalement visualisé dans ces 2/3 supérieurs. Aucune chondropathie rotulienne ou souffrance osseuse n'était décelée. Dans l'IRM réalisée en 2004, on retrouvait une modification du signal du triangle graisseux de HOFFA, en rapport avec les antécédents d'arthroscopie, laquelle n'était pas présente avant 2003 ; l'étude des ménisques révélait une fissure de grade II du ménisque externe, une fissure juste coronale de la corne postérieure du ménisque interne, avec révision méniscale interne postérieure, le ménisque allant vers le mieux ; aucun épanchement intra articulaire n'était présent. Le ligament croisé postérieur était normalement visualisé. Le ligament croisé antérieur n'était plus visualisé en proximalité comme en distalité.

65. Par courrier du 23 février 2009, le Dr O\_\_\_\_\_, interpellé par ALLIANZ, a fourni des précisions, suite à un courrier reçu du mandataire de l'assuré, daté du 19 novembre 2008, lequel faisait état d'une atteinte au cartilage durant l'opération du mois de décembre 2003 notamment. Il a confirmé que le patient présentait une rupture chronique connue du ligament croisé antérieur, précédant l'accident, donc qui n'était absolument pas en relation avec l'accident. L'arthroscopie opératoire qu'il avait pratiquée avait mis en évidence une déchirure en anse de seau de la corne antérieure et moyenne du ménisque externe, ainsi qu'une déchirure en anse de seau de la corne moyenne, antérieure et postérieure, du ménisque interne. Etant donné la nature de cette dernière lésion, il lui avait semblé qu'il s'agissait d'une lésion ancienne, probablement précédant l'accident. Figurait également dans son rapport opératoire la description de la lésion chronique du ligament croisé antérieur avec résorption complète de celui-ci. Il ne comprenait pas ce que signifiaient les déclarations de l'assuré comme quoi il aurait « atteint le cartilage ». Quant au saignement post-opératoire, il était possible qu'il ait existé, car malgré l'insertion d'un redon dans la période post opératoire immédiate, enlevé d'habitude entre 24 et 48 heures, il arrivait que certains patients, après ablation du redon, continuent à saigner légèrement, ce qui était tout à fait dans la norme et n'avait rien d'exceptionnel. La quantité de saignement invoquée par l'assuré, à savoir 1'500 ml était complètement farfelue.
66. Par courrier adressé le 6 novembre 2009 au mandataire de l'assuré, la Dresse LD\_\_\_\_\_ indiquait que l'état dépressif du patient avait évolué progressivement depuis une nouvelle intervention chirurgicale de décembre 2009. Il se caractérisait par apathie, humeur dépressive, perte de goût et d'intérêt pour quoi que ce soit, tendance à la dévalorisation. Le patient verbalisait toujours l'existence d'idées d'allure hypocondriaque. A nouveau, la doctoresse se déclarait en faveur d'une expertise psychiatrique.

- 
67. Par acte du 19 novembre 2009, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des Assurances sociales, reprochant à l'assureur un déni de justice et concluant à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée.
  68. Dans sa réponse du 14 janvier 2010, ALLIANZ a conclu au rejet du recours, contestant qu'un retard puisse lui être reprochée et faisant valoir que ce n'était qu'en raison du défaut de collaboration du recourant qu'une décision n'avait pu être rendue, ce dernier ayant été invité à plusieurs reprises à se soumettre à l'expertise.
  69. Par arrêt ATAS/131/2010 rendu le 10 février 2010, le Tribunal cantonal des Assurances sociales a déclaré irrecevable les conclusions du recours portant sur l'ordonnance d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire et rejeté le recours dans le sens des considérants. Il a relevé que l'assureur n'avait pas à rendre de décision lors de la mise en œuvre de l'expertise, dès lors que l'assuré n'avait pas fait valoir de motif de récusation, qu'il avait pris connaissance de la mission d'expertise et avait pu compléter les questions à poser à l'expert. Le fait qu'il considérait qu'une expertise pluridisciplinaire s'imposait ne lui permettait pas d'exiger une telle décision. Ce qui était décisif, c'était que l'expertise permette de répondre à toutes les questions utiles et nécessaires compte tenu de la complexité du cas, ainsi que le Tribunal fédéral l'avait relevé. Si l'expertise mise en œuvre ne devait pas correspondre à toute les questions utiles pour statuer sur ce cas complexe, il incomberait alors à l'intimée d'ordonner un complément d'expertise.
  70. Le 21 septembre 2010, E\_\_\_\_\_, physiothérapeute et ostéopathe, a confirmé avoir suivi en traitement de physiothérapie l'assuré depuis 2004, pour des pathologies intéressant la cheville, la jambe et le genou droit, le genou gauche et des contractures musculaires au niveau du dos. De 2005 à 2008, malgré des soins continus, la situation s'était aggravée. En l'état, l'assuré souffrait toujours de la cheville et du genou droit, la jambe droite étant toujours enflammée et les contractures dorsolombaires ayant augmenté.
  71. Suite à l'arrêt ATAS/131/2010, l'assuré a accepté de se soumettre à l'expertise du Dr LF\_\_\_\_\_, tout en soulignant, par courrier de son mandataire du 24 mars 2010, qu'il émettait toute réserve quant à la valeur probante de l'expertise, dont l'assureur avait fixé la mission par courrier du 28 août 2008 et qui paraissait, vu les faits de la cause, manifestement incomplète.
  72. Des échanges sont intervenus entre les parties, en particulier s'agissant de la mission d'expertise que l'assureur souhaitait confier au Dr LF\_\_\_\_\_. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assuré a sollicité des corrections, ainsi que l'insertion d'une question supplémentaire rédigée par ses soins et l'assureur a accepté de compléter le dossier, s'agissant de l'erreur médicale soulevée par

l'assuré, prétendument commise par le Dr O \_\_\_\_\_ lors de l'intervention du 18 décembre 2003.

73. Le 27 août 2010, le Dr LF \_\_\_\_\_ a établi son expertise, fondée sur un entretien du 16 août 2010, de 13 à 15 h. 15, avec le patient, le status et les radiographies effectués le même jour, complétés par le volumineux dossier transmis par l'assureur, quelques documents fournis par le patient et tout le dossier radiologique amené par ce dernier.

Revenant sur les antécédents personnels du patient, l'expert a effectué une anamnèse socioprofessionnelle, puis une anamnèse actuelle, reprenant la problématique médicale liée à l'accident du 30 septembre 2003 en détail, avec un examen complet des rapports contenus dans le dossier et notamment du dossier infirmier établi dans le cadre de l'arthroscopie du 18 décembre 2003. Il ressortait de ce dossier que le patient avait saigné de son genou au total 250 cc durant les 48 heures de pose du redon postopératoire. Il avait reçu différents calmants contre la douleur. Nulle part il n'était mentionné que le patient se fût plaint de manière particulière, contrairement à ce qu'il avait affirmé lors de l'expertise, soutenant qu'il aurait abondamment saigné dans son genou durant son séjour, souffert de douleurs très importantes et que malgré qu'il n'arrivait pas à marcher et ne voulait pas rentrer à domicile, on l'avait obligé à le faire.

L'expert a également repris le contenu des enquêtes qui ont eu lieu en 2006 devant le Tribunal cantonal des Assurances sociales, en particulier les déclarations des témoins, médecins.

Il a ensuite repris les plaintes actuelles du patient, soulignant le fait que sa plainte majeure n'est en fait pas une plainte douloureuse, mais une impression d'avoir été mal pris en charge par le Dr O \_\_\_\_\_, étant convaincu que ce dernier lui avait rompu son ligament croisé antérieur, soit durant l'opération, soit que ce ligament s'est rompu juste après, suite à une hémorragie importante. Sur insistance de l'expert, le patient a décrit avoir tout de même des plaintes au niveau du compartiment interne de son genou droit, présentes à la marche, et qui le limiteraient aux alentours de 20 minutes. Il a dit aussi avoir de la peine à monter et à descendre les pentes ou les escaliers. Il n'a pas fait vraiment mention de douleurs de repos ou nocturnes, en ce qui concernait le genou droit. Par contre, il avait l'impression d'avoir un remaniement du tissu sous-cutané depuis le genou, remontant sur toute la face intérieure de la cuisse et, toujours sur le membre inférieur droit, l'impression d'avoir des douleurs de type sciatalgique, partant de la fesse et irradiant jusqu'au pied. S'agissant de la colonne vertébrale, il a décrit des douleurs diffuses généralisées, concernant le bord des omoplates mais également la ceinture scapulaire et les membres supérieurs, de manière plus marquée à droite, douleurs qui l'obligeaient parfois à dormir dans sa baignoire remplie d'eau chaude pour se soulager.

Un status a ensuite été effectué par l'expert qui a relevé que durant l'entretien, lequel avait duré plus d'une heure, le patient était resté sans problème et sans rechercher de posture antalgique particulière, que ce soit au niveau du rachis ou des membres inférieurs. Lorsqu'il se levait et marchait, le patient ne démontrait pas de boiterie ni d'asymétrie et était capable de se déshabiller sans problème. Les deux membres inférieurs étaient calmes, sans rougeur, chaleur ou tuméfaction visible et malgré les allégations du patient, la palpation du tissu cutané en particulier de la face interne de la cuisse droite ne montrait pas de différence par rapport au côté opposé.

L'examen de l'expert a porté sur les pieds, les chevilles, les mollets, les genoux, les cuisses, les hanches et le dos, puis un status neurologique et vasculaire a été effectué.

S'agissant de l'IRM du genou droit, effectué le 5 novembre 2003, l'expert a constaté que le ligament croisé antérieur ne pouvait pas être visualisé sur tout son trajet et qu'il semblait en rester un reliquat dans la région du plateau tibial, la partie fémorale de ce ligament ne semblant pas être habitée.

Quant à l'IRM du genou droit du 28 octobre 2004, le ligament croisé antérieur semblait avoir toujours un petit reliquat au niveau du plateau tibial, sans qu'on puisse le suivre jusqu'à sa facette du condyle externe.

L'expert a posé comme diagnostic : un status après entorse grave avec déchirure probable du ligament croisé antérieur du genou droit, en 1980 au Portugal ; un status après glissade sur le membre inférieur droit, puis chute ayant entraîné une entorse bénigne de la cheville droite et une entorse du genou droit, associées à une contusion lombaire le 30 septembre 2003 ; un status après mise en évidence d'une déchirure en anse de seau de la corne antérieure moyenne du ménisque externe, d'une déchirure en anse de seau de la corne antérieure, moyenne et postérieure du ménisque interne, associée à une lésion chronique du ligament croisé antérieur avec résorption complète de celui-ci à l'arthroscopie du genou droit du 18 décembre 2003, ayant abouti à une ménisectomie partielle des trois cornes du ménisque interne et de la corne antérieure et moyenne du ménisque externe ; un status après nouvelle arthroscopie du genou droit pour douleurs persistantes n'ayant pas mis en évidence de nouvelles lésions méniscales complémentaires, mais uniquement une chondrite stade II de 5 x 5 mm en regard du condyle interne, plutôt en zone de charge, le 1<sup>er</sup> février 2005 ; des gonalgies droites persistantes d'origine indéterminée ; un status après résection méniscale partielle de deux anses de seau du ménisque interne et externe par arthroscopie du genou gauche en mars 2005 ; des lombalgies chroniques sur phénomène dégénératif de la colonne lombaire et une hernie discale L4-L5, décompensées par le traumatisme du 30 septembre 2003 ; un status après entorse bénigne de la cheville droite suite à l'événement du 30 septembre 2003, guérie sans séquelle ;

un état dépressif et probable fibromyalgie secondaire aux problèmes psychosociaux ; une obésité (BMI 40).

S'agissant du fait de savoir si les troubles subjectifs présentés par le patient pouvaient être fondés par des constatations objectives, le Dr LF \_\_\_\_\_ a répondu qu'il n'y avait pas d'explication médicale au fait que l'état actuel du patient induisait des troubles subjectifs majeurs, sous forme de douleurs et de limitation fonctionnelle, comme il le laissait entendre. Au jour de l'expertise, le genou droit n'était pas tuméfié, n'avait pas d'épanchement intra articulaire, ne présentait aucune limitation fonctionnelle, ne montrait pas d'évolution vers une gonarthrose secondaire, radiologiquement, était tout-à-faire symétrique à l'autre genou, ne montrait pas de signe d'instabilité majeure et n'entraînait pas de boiterie ou de flexum lors de la marche.

Les atteintes à la santé constatées au niveau du genou droit après l'arthroscopie du 1<sup>er</sup> février 2005, montraient un status après résection méniscale relativement importante interne et plus modérée externe, associée à une absence de ligament croisé antérieur et à l'apparition d'un début de chondrite stade II du condyle fémoral interne. Tout ceci pouvait très bien être expliqué uniquement par une insuffisance chronique du ligament croisé antérieur et l'évolution habituelle qu'on rencontrait dans plus de la moitié des cas après une telle lésion ligamentaire centrale. Elles n'étaient donc pas les conséquences directes de l'événement du 30 septembre 2003. Cet accident avait révélé un état antérieur préexistant majeur et avait tout au plus aggravé partiellement les atteintes méniscales qui devaient déjà être préexistantes, vu leur complexité, ainsi que l'avait constaté le premier chirurgien le 18 décembre 2003. Dès lors, la causalité naturelle des lésions mises en évidence le 1<sup>er</sup> février 2005 avec l'événement du 30 septembre 2003 n'était que possible.

Pour répondre à la question de savoir si les interventions chirurgicales étaient une conséquence de l'accident du 30 septembre 2003 de façon certaine, vraisemblable ou possible, l'expert a souligné que lors d'un état antérieur préexistant, il était extrêmement difficile d'affirmer qu'un nouvel événement accidentel n'avait pas induit une aggravation au moins transitoire de cet état. C'est pourquoi, dans le cas d'espèce, on ne pouvait ni affirmer, ni infirmer que toutes les lésions méniscales internes ou externes constatées lors de l'intervention du 18 décembre 2003 étaient déjà présentes. Ainsi, cette intervention devait au moins à but diagnostique être à la charge de l'assureur LAA. Cependant, une fois le bilan du genou effectué et compte tenu de la lésion préexistante au niveau du ligament croisé antérieur, il était clair qu'un statu quo sine pouvait être défini. Selon l'expert, ce statu quo sine était survenu au plus tôt à ce qui aurait dû être la reprise théorique du travail le 19 janvier 2004 et au plus tard, à l'expertise du Dr R \_\_\_\_\_. Au vu de ce qui précédait, la seconde intervention chirurgicale qui avait eu lieu au niveau du genou droit n'était pas à

la charge de l'assureur LAA, puisque cette opération n'avait pas mis en évidence de redéchirure méniscale mais simplement l'apparition d'une petite chondrite condylienne interne qui était la suite logique de l'évolution d'un genou après résorption complète du ligament croisé antérieur et ablation partielle des ménisques.

S'agissant de savoir si des facteurs étrangers à l'accident avaient joué un rôle, l'expert a répondu que le facteur principal dans le cas d'espèce était la préexistence d'une déchirure complète du ligament croisé antérieur avant l'accident du 30 septembre 2003, une insuffisance de ce ligament entraînant toujours une instabilité rotatoire qui allait aboutir souvent secondairement à des lésions méniscales plus ou moins importantes et qui pouvait aller jusqu'à l'apparition de chondropathies et plus tardivement d'une gonarthrose globale. Cette complication tardive survenait apparemment dans 50 % des cas au moins, selon une récente littérature. Cette lésion à elle seule était susceptible d'entraîner des complications tardives, risques qui étaient même vraisemblablement plus élevés, compte tenu de l'obésité du patient.

A la problématique du genou s'était cumulé une problématique lombaire de troubles dégénératifs sous forme de discopathie et arthrose articulaire postérieure associées à une hernie discale L4-L5 en partie foraminale gauche. L'événement du 30 septembre 2003 ne pouvait pas non plus l'avoir induite, puisque ce genre d'atteinte apparaissait progressivement au long cours. Une telle pathologie du rachis permettait d'envisager un statu quo sine qui se situait en général entre 3 à 6 mois après le début de la symptomatologie. Aussi, la date du statu quo fixée à l'expertise du Dr R\_\_\_\_\_ au 23 mars 2004 paraissait tout à fait correcte.

Le Dr LF\_\_\_\_\_ a ajouté avoir l'impression lors de l'entretien qu'il avait eu avec le patient que des facteurs psychosociaux avaient également contribué à une chronicisation de l'état général, avec sentiment hypocondriaque décrit par le psychiatre.

A la question de savoir si l'accident du 30 septembre 2003 avait entraîné une aggravation des facteurs étrangers à l'accident de façon sensible et durable ou seulement de façon passagère, l'expert a répondu qu'il s'agissait d'une aggravation passagère, que ce fut au niveau du rachis lombaire ou du membre inférieur droit. Il était cependant difficile, vu le délai écoulé depuis l'événement accidentel, de pouvoir fixer une date précise quant au statu quo ante au statu quo sine. Cependant, la proposition du premier expert de fixer le statu quo sine à la date de son expertise, laquelle avait eu lieu à peu près 6 mois après l'événement, paraissait tout à fait raisonnable et défendable.

Le Dr LF\_\_\_\_\_ s'est prononcé contre une diminution de la capacité de travail de l'assuré dans son activité de cuisinier, puisqu'un statu quo sine avait

pu être défini. Il a expliqué que s'il y avait vraiment une diminution de la capacité dans l'activité de cuisinier, celle-ci était éventuellement due à un sentiment d'instabilité liée à l'ancienne lésion du ligament croisé antérieur qui était à la charge par subsidiarité de l'assurance maladie, puisque cet événement avait eu lieu alors que le patient se trouvait au Portugal. Quant à la possibilité d'améliorer la capacité de travail par une orientation vers une activité professionnelle adaptée, l'expert indiquait que sur le plan orthopédique, les lésions du genou droit ainsi que la colonne vertébrale contre indiquaient au long cours la profession de cuisinier, cette dernière se pratiquant essentiellement en position debout et en flexion antérieure du tronc. Dès lors, ainsi que l'avait déjà mentionné le Dr R\_\_\_\_\_, un reclassement professionnel dans une activité semi-assise, sans port de charge et sans déplacements trop fréquent serait une bonne solution si l'on s'en tenait au plan strictement orthopédique. Si l'on tenait compte uniquement des suites de l'accident du 30 septembre 2003, le patient aurait à même d'effectuer des travaux en position assise, avec possibilité d'alterner la position, tels que travaux de petite mécanique, d'horlogerie ou de contrôle en usine, de gestion de stock sur informatique. Toutefois, cette question devenait sans objet compte tenu qu'un statu quo sine a été défini.

Pour l'expert, il n'existait aucune atteinte à l'intégrité consécutive à l'accident du 30 septembre 2003.

Sur question complémentaire posée par l'assuré, l'intervention chirurgicale du 18 décembre 2003, à savoir une arthroscopie du genou, n'entraînait pas de problème majeur au niveau du rachis lombaire ou cervical. Si le patient gardait des plaintes majeures au niveau du genou, cela induisait souvent une diminution du périmètre de marche, mais pas de problème du rachis. Dès le moment où le patient faisait moins d'effort physique et restait plus longtemps assis, il ne pouvait pas décompenser son rachis. Aussi, l'intervention chirurgicale du 18 décembre 2003 n'avait pas provoqué, au degré de la vraisemblance prépondérante, une décompensation chronique de la colonne.

Pour ce qui était de l'intervention pratiquée le 18 décembre 2003 par le Dr O\_\_\_\_\_, au sujet de laquelle l'impression subjective du patient était différente de celle de l'opérateur, l'expert a indiqué qu'il apparaissait surprenant de tenir pour responsable le Dr O\_\_\_\_\_ de la déchirure du ligament croisé antérieur, puisque le patient lui-même avait affirmé auprès du TCAS que son ligament était déjà déchiré suite à l'événement plus ancien survenu durant son service militaire au Portugal. De plus, le volume de sang perdu suite à l'intervention, bien qu'il paraissait un peu supérieur à ce que l'on pourrait s'attendre après une bi-ménissectomie, n'était cependant pas particulièrement exagéré et l'on ne pouvait pas parler d'une hémorragie massive. Quant à la tuméfaction persistante après l'opération, le genou semblait avoir été encore un peu tuméfié le 2 janvier 2004, lors de l'examen du Dr L\_\_\_\_\_, ce qui

n'était plus le cas lors du contrôle suivant auprès du Dr O\_\_\_\_\_. D'autres médecins avaient décrit plus tard l'impression d'une tuméfaction, alors que le Dr R\_\_\_\_\_ avait trouvé un genou tout à fait calme, sans signe inflammatoire ou épanchement intra articulaire, avec une mobilité symétrique des genoux et sans atrophie de la musculature des cuisses ou des jambes, d'un côté par rapport à l'autre. Dans ces conditions, on ne pouvait pas affirmer que les suites postopératoires avaient véritablement été difficiles, avec un net épanchement perdurant pendant plusieurs semaines, voire plusieurs mois. Quant à la technique opératoire, les critiques faites au Dr O\_\_\_\_\_ ne semblaient pas justifiées. En effet, lorsque le Dr W\_\_\_\_\_ avait repris le genou en effectuant une deuxième arthroscopie en 2005, il n'avait pas constaté de redéchirure des restes méniscaux. Ce qu'il avait mis en évidence était seulement l'apparition d'une petite lésion ostéocondrale du condyle interne stade II en zone de charge, ce qui paraissait tout à fait banal et était fréquemment rencontré dans les suites d'une méniscectomie, surtout lorsque le ligament croisé antérieur n'était plus fonctionnel. L'absence d'un stabilisateur ligamentaire et d'une partie des deux amortisseurs allaient mécaniquement forcément surcharger le genou et logiquement entraîner une progression de l'apparition de lésions cartilagineuses. C'est pourquoi, l'expert était d'accord avec le Dr O\_\_\_\_\_ pour dire qu'il s'agissait d'une évolution relativement habituelle dans la situation du cas d'espèce et non pas d'un problème iatrogénique lors de la première intervention, comme semblait l'affirmer le Dr W\_\_\_\_\_.

S'agissant des plaintes subjectives présentées par le patient, lesquelles étaient très importantes, il convenait d'indiquer que le jour de l'expertise, aucune atrophie de la cuisse ou de la jambe n'avaient pu être observées à droite par rapport à la gauche et que la mobilité était symétrique. Ceci ajouté à l'absence de troubles dégénératifs significatifs apparus aux radiographies, les plaintes semblaient surévaluées. Aucune diminution de la masse musculaire n'avait pu être constatée, ni boiterie, ni limitation fonctionnelle d'accompagnement. Dans ces conditions, l'expert indiquait que l'évolution subjective des plaintes au niveau du genou droit devait très vraisemblablement amener à rechercher une autre pathologie pour les justifier.

En conclusion, en ce qui concernait la pathologie du genou droit, l'expert considérait vraisemblable que l'accident du 30 septembre 2003 avait révélé une ancienne lésion du ligament croisé antérieur qui était en train d'aboutir à des troubles dégénératifs méniscaux secondaires. Que cet événement ait un peu aggravé la situation pouvait être acceptable, mais il était clair que cette aggravation n'avait pas été durable ou déterminante selon le status actuel. Cela impliquait qu'un statu quo sine pouvait être défini, la date choisie par le Dr R\_\_\_\_\_ au 23 mars 2004 apparaissant tout à fait correcte. Ceci

impliquait que les traitements qui avaient perduré sur le genou droit, y compris la deuxième arthroscopie, n'incombaient pas à la charge de l'assureur LAA.

En ce qui concernait le rachis lombaire, si l'événement du 30 septembre 2003 avait décompensé la colonne en raison de la chute, il n'avait pas induit d'aggravations durables ou déterminantes. Les investigations effectuées par la suite et en particulier l'IRM du 9 mars 2004 avaient montré que le patient souffrait non seulement des séquelles de la maladie de SCHEUERMANN, mais qu'il avait des dégénérescences discales pluriétagées avec discarthrose modérée en L4-L5 et L5-S1, associées à une hernie discale en L4-L5 partiellement luxée vers le bas de localisation médiale et paramédiale gauche, entrant en conflit avec la racine L5 gauche. Dans ce contexte, un statu quo sine pouvait également être défini à 6 mois post accident, raison pour laquelle la date choisie par le Dr R\_\_\_\_\_, au 23 mars 2004, paraissait également tout à fait acceptable.

L'expert a précisé que l'entorse de la cheville droite signalée au début de la chronologie n'avait été qu'un épiphénomène, dont le patient avait rapidement récupéré, une IRM de cette articulation effectuée quelque temps plus tard ayant confirmé l'absence de lésions traumatiques. Dans ces conditions, le statu quo ante à ce niveau avait même été retrouvé vraisemblablement bien avant le statu quo défini pour le genou et la colonne lombaire.

74. En date du 27 septembre 2010, le Dr A\_\_\_\_\_ a établi un certificat médical, reprenant la chronologie des événements concernant la situation de l'assuré depuis l'accident de 2003 et indiquant que le tableau douloureux chronique, par définition instable et constant, touchant aussi bien le genou, que le dos, la nuque et les deux bras, rendait toute réinsertion socioprofessionnelle aléatoire.
75. Par courrier adressé le 30 septembre 2010 au mandataire de l'assuré, la Dresse LA\_\_\_\_\_ indiquait que malgré les traitements, la situation de l'assuré présentait toujours des douleurs et œdèmes du genou droit, des douleurs de la cuisse droite, une douleur et de la rigidité de la cheville droite, des douleurs lombaires et de la région fessière, ainsi qu'une douleur dorsale haute, irradiant vers l'épaule droite. Malgré une évolution lentement favorable, les douleurs de disfonctionnement des différentes régions précitées gardaient un impact important sur les capacités physiques du patient.
76. Sollicité pour donner son point de vue en vertu du droit d'être entendu, l'assuré a répondu par l'intermédiaire de son mandataire le 6 octobre 2010 pour se prononcer sur l'expertise du Dr LF\_\_\_\_\_. Il considérait que celle-ci violait clairement l'autorité de la chose jugée qu'il convenait d'accorder à l'arrêt du TCAS du 29 novembre 2006 et à l'arrêt du Tribunal fédéral du 23 juin 2008,

---

dans le cadre desquels le lien de causalité naturelle et adéquate après l'accident du 30 septembre 2003 et l'incapacité de travail de l'assuré jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2005 avaient été établis de façon définitive. Par ailleurs, en référence à l'analyse du Dr LG\_\_\_\_\_ du 24 novembre 2008, ayant porté sur les IRM réalisées en novembre 2003 par le Dr LH\_\_\_\_\_ et en 2004, il soutenait qu'il existait un lien évident entre l'intervention du Dr O\_\_\_\_\_ et la disparition du ligament croisé antérieur, alors que le Dr LF\_\_\_\_\_ avait considéré que c'était la grave entorse de 1980 qui aurait entraîné progressivement la disparition du ligament croisé antérieur. Il a relevé encore une contradiction entre l'opinion apportée par le Dr LF\_\_\_\_\_ sur la deuxième arthroscopie effectuée par le Professeur W\_\_\_\_\_ en 2005 et les déclarations de ce dernier en audience. Il a fait valoir que l'expert n'avait pas répondu à la question posée de savoir si, comme dans son cas, la multiplication d'interventions chirurgicales avait pu occasionner les lésions décrites par la Dresse LA\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 octobre 2006, à savoir, à la suite de l'intervention du 29 mars 2005, une décompensation chronique du rachis prédominant dans les régions cervicales et lombaires et une décompensation aussi bien physique que psychique. En résumé, l'assuré considérait que l'expertise du Dr LF\_\_\_\_\_ violait les principes établis par la jurisprudence et n'avait ainsi aucune valeur probante. Il insistait sur le fait qu'une expertise pluridisciplinaire devait être engagée, comprenant un orthopédiste, un anesthésiologiste et un psychiatre.

77. Par décision du 8 février 2011, ALLIANZ, se fondant sur l'expertise du Dr LF\_\_\_\_\_, a mis fin aux prestations d'assurance à partir du 24 mars 2004.
78. Par opposition du 4 avril 2011, l'assuré a repris les arguments développés dans son courrier du 6 octobre 2010 à savoir : les conclusions de l'expert s'agissant du statu quo sine ante étaient irrecevables puisqu'il le fixait dès le 23 mars 2004, en contradiction avec les considérants EN FAIT et EN DROIT de l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral du 23 juin 2003 ; l'expertise du Dr LF\_\_\_\_\_ était dépourvue de valeur probante au motif qu'elle se trouvait en contradiction avec l'IRM de 2003 réalisée par le Dr N\_\_\_\_\_ et analysée le 24 novembre 2008 par un spécialiste en radiologie le Dr LG\_\_\_\_\_ ; elle se trouvait également en contradiction avec les constatations du Professeur W\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie ; elle ne répondait pas à la question posée qui était de savoir si la multiplication des interventions chirurgicales avait pu occasionner les lésions décrites par la Dresse LA\_\_\_\_\_ dans son rapport du 19 octobre 2006 ; elle ne répondait pas à la question d'atteinte psychique qui avait découlé du traitement anormalement long, des douleurs persistantes importantes et des erreurs du traitement médical qui n'avaient pas rétabli l'expertisé dans son intégrité physique.

79. Le recours de l'assuré contre la décision de l'OAI du 24 juillet 2008 a été partiellement admis par arrêt de la Cour de céans du 24 août 2011 (ATAS/775/2011), entré en force. Se fondant sur l'abondante documentation médicale au dossier, elle a jugé que les nombreuses contradictions ne lui permettaient pas de trancher de façon sûre la question de savoir si, et le cas échéant, à compter de quelle date l'intimé était fondé à supprimer le droit de recourant à des prestations de l'assurance-invalidité, de sorte qu'une expertise pluridisciplinaire était indispensable.
80. En date du 18 novembre 2011, le Dr A\_\_\_\_\_ a établi un rapport médical à l'attention de l'Office cantonal de la Population, indiquant que l'assuré souffrait de douleurs diffuses somatoformes après son accident survenu sur le genou droit, de même que d'un syndrome dépressif réactionnel. Le traitement par thérapie neurale, pratiqué depuis 2005 par les Drs LA\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ devait être continué pour une durée indéterminée, portant sur le dos, la nuque et les deux bras. Devant le caractère inflammatoire douloureux permanent, le moral du patient s'était rapidement détérioré et il était suivi par la Dresse LD\_\_\_\_\_, depuis 2006. Ce tableau douloureux chronique par définition instable et constant rendait toute réinsertion socioprofessionnelle aléatoire.
81. En date du 21 novembre 2011, la Dresse LD\_\_\_\_\_ a établi un rapport médical à l'attention de l'Office fédéral des Migrations (ODM), décrivant un état psychique stationnaire malgré le traitement, avec un diagnostic de troubles dépressifs récurrents, épisode actuel moyen F33.1 et des troubles mixtes de la personnalité F61. Le traitement médicamenteux et le suivi psychothérapeutique régulier, entrepris depuis le 20 avril 2006, en parallèle du traitement somatique, devait être continué pour une durée indéterminée, le pronostic actuel et futur, avec traitement, se présentant à long terme de manière plutôt favorable.
82. Par décision sur opposition du 22 novembre 2011, ALLIANZ a confirmé sa décision du 25 mars 2011, rejetant la demande d'assistance juridique présentée par l'assuré et lui refusant l'allocation de dépens en application de l'art. 52 al. 3 LPGA.
83. Dans une attestation médicale établie le 20 décembre 2011, la Dresse LA\_\_\_\_\_ a indiqué que le patient était toujours en traitement pour son genou droit, des contractures musculaires de la jambe, ainsi que pour des douleurs cervicales et de l'épaule droite. Il souffrait toujours de contractures dorsales et lombaires associées à des inflammations tendino musculaires. Il était impossible de déterminer quand le traitement devrait prendre fin.
84. Par acte du 23 décembre 2011, l'assuré a formé recours contre la décision sur opposition du 22 novembre 2011, concluant à son annulation et cela fait et

statuant à nouveau, à ce que la Chambre des Assurances sociales de la Cour de Justice ordonne une expertise pluridisciplinaire par 4 experts indépendants et spécialistes en orthopédie, psychiatrie, anesthésiologie et radiologie, condamne ALLIANZ à prendre en charge les frais d'assistance de son conseil depuis le 23 juin 2008 et jusqu'au dépôt du recours, la condamne à prendre en charge les suites de l'événement accidentel du 30 septembre 2003 sur la base d'une incapacité de travail de 100 %, sans limitation de temps, et la condamne aux frais et dépens.

Son premier grief porte sur le fait que l'expertise et partant, l'assureur, sont revenus sur la date à partir de laquelle le statu quo ante sine pouvait être au plus tôt considéré comme acquis, à savoir le 1<sup>er</sup> février 2005, tel que le Tribunal fédéral l'aurait retenue. Selon le recourant, les considérants du Tribunal fédéral admettaient au moins jusqu'au 1<sup>er</sup> février 2005 une incapacité de travail de 100 % consécutive à l'accident du 30 septembre 2003.

Le deuxième grief porte sur la valeur probante de l'expertise, que le recourant conteste, tout d'abord en raison de la partialité de l'expert, intervenu en faveur de la position du Dr O\_\_\_\_\_, en contradiction avec les documents du dossier, particulièrement l'IRM du 5 novembre 2003, s'agissant de la disparition du ligament croisé antérieur, ainsi que les constatations du Dr R\_\_\_\_\_, dont les nombreuses contradictions avaient amené le TCAS, dans son arrêt du 20 novembre 2006, à retenir comme plus probante celles des Dr L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_, T\_\_\_\_\_, V\_\_\_\_\_, A\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_, relativement à la persistance d'une symptomatologie du genou droit, après le 23 mars 2004. Enfin, la partialité de l'expert découlerait également de la portée décisive qu'il a semblé donner aux déclarations de l'assuré lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 9 novembre 2005, faisant de l'accident intervenu au Portugal en 1980 une entorse très grave du genou droit, ayant eu des conséquences sur le ligament croisé antérieur droit, alors que l'accident du 30 septembre 2003 est décrit comme une entorse banale qui, avec l'intervention chirurgicale du 18 décembre 2003, n'aurait joué aucun rôle dans la disparition complète du ligament croisé antérieur.

Ensuite, le recourant soulève le caractère incomplet de l'expertise, soutenant que le Tribunal fédéral avait invité l'assurance à compléter l'instruction au regard de la complexité du cas, les symptômes présentés au genou droit s'intégrant dans un tableau clinique plus diffus, comprenant des douleurs du rachis et de l'épaule, compte tenu de l'imprécision des données médicales recueillies. Or, aucune explication n'était donnée dans l'expertise sur les constatations faites par les Drs B\_\_\_\_\_ et LA\_\_\_\_\_ au sujet de l'état de santé du recourant qui s'était détériorée après le 18 décembre 2003 et avait présenté un dysfonctionnement du rachis et du système neurovégétatif, alors qu'avait été

observée une très importante contracture de tous les muscles para vertébraux prédominant au niveau cervical et dorsal, ainsi qu'au niveau lombaire, comme une contracture hypersensible des muscles du cou et de l'épaule, avec une très importante fibrose des tissus sous cutanés au niveau du thorax supérieur et la présence de mouvements spasmodiques sporadiques des épaules et du thorax. Ces constatations auraient été confirmées par les Drs A\_\_\_\_\_ et W\_\_\_\_\_, selon le recourant. Par ailleurs, l'expertise serait incomplète, dans la mesure où elle n'a pas porté sur le plan psychique de la situation du recourant, alors qu'il est incontestable qu'un traitement qui dure depuis plus de 7 ans est un traitement anormalement long, que les lésions post traumatiques ayant découlé de l'accident puis de l'intervention de décembre 2003 avaient laissé des séquelles irréversibles malgré l'arthroscopie du genou droit pratiquée le 1<sup>er</sup> février 2005 par le Dr W\_\_\_\_\_. Or c'était ces faits qui avaient entraîné des troubles de l'humeur et eu des répercussions sur la santé psychique du recourant, ainsi que l'attestait la Dresse LD\_\_\_\_\_, de sorte qu'un lien de causalité naturelle et adéquate manifeste entre l'accident et l'atteinte à son intégrité psychique existait.

Le troisième grief soulevé par le recourant a trait à l'application de l'art. 9 al 2 OLAA, selon lequel les lésions mentionnées dans cette disposition 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 sont 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. Le recourant met cette disposition en lien avec la question de savoir si son ligament croisé antérieur était présent ou absent lors de l'intervention du 18 décembre 2003 pratiquée par le Dr O\_\_\_\_\_, soutenant la première théorie, sur la base de l'interprétation de l'IRM faite par le Dr LH\_\_\_\_\_ et celle effectuée le 24 novembre 2008 par le Dr LG\_\_\_\_\_. Selon le recourant, les déclarations du Dr W\_\_\_\_\_ vont également dans le sens de sa position.

Enfin, le recourant explique pour quelles raisons il sollicite l'organisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, qu'il faudrait soumettre à des experts indépendants pouvant garantir toutes les conditions d'impartialité requise.

En dernier lieu, le recourant persiste dans sa demande d'assistance juridique, pour la période du 24 juin 2008 au dépôt du recours, faisant référence à l'application de l'art. 37 al. 4 LPGA.

- 
85. Dans sa réponse du 23 février 2012, l'intimée a conclu au rejet du recours et à ce que le recourant soit débouté de toutes ses conclusions, avec suite de frais et dépens.

L'intimée conteste que l'arrêt du Tribunal fédéral du 23 juin 2008 l'ait liée s'agissant de la rétroactivité au 23 mars 2004 de sa décision. Elle persiste à soutenir que le rapport d'expertise du Dr LF\_\_\_\_\_ a une complète valeur probante, contestant les critiques de partialité de l'expert qui a dûment pris en considération les avis des différents médecins, permettant de retenir l'existence d'une lésion préexistante à l'accident du ligament croisé antérieur.

L'intimée conteste le caractère incomplet de l'expertise, soulignant que l'expert a dûment pris position sur le phénomène musculaire dont a fait état la Dresse LA\_\_\_\_\_ dans ses rapports du 13 février et du 29 octobre 2006, justifiant les raisons pour lesquelles elle conclut à l'absence de relation de causalité. Elle relève que le Dr W\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il n'y avait pas de preuve scientifique évidente de relation de causalité entre les douleurs musculaires et les interventions pratiquées et qu'hormis l'avis d'un anesthésiste et d'un radiologue, tous les médecins traitants et tous les experts intervenus étaient d'avis que le tableau complexe de plaintes du recourant dans le cadre duquel l'évaluation de la causalité avait été examinée ne pouvaient être une conséquence avec un degré de vraisemblance prépondérante de l'accident. S'agissant des troubles psychiques et des lacunes invoquées de l'expertise à ce sujet, l'intimée relève qu'une expertise effectuée par un orthopédiste ne peut être contestée parce qu'elle ne porte pas sur une telle problématique. ALLIANZ rappelle qu'elle a décidé de ne procéder à aucune investigation complémentaire en relation avec les atteintes psychiques alléguées, au motif que même si la causalité naturelle entre l'accident et celle-ci devait être démontrée, la causalité adéquate devrait être niée.

Enfin, s'agissant de l'assistance judiciaire, l'intimée indique qu'il n'y a pas lieu de l'accorder, dans la mesure où les prétendus combats que le recourant a dû mener à son encontre étaient principalement en lien avec sa difficulté à comprendre qu'il avait l'obligation de se soumettre aux mesures d'instruction décidées dans le cadre de l'instruction d'office de la demande.

86. Dans sa réplique du 30 avril 2012, le recourant conteste n'avoir pas collaboré dûment à l'instruction de la cause, dans la mesure où l'intimée avait tout d'abord envisagé de confier dans un premier temps l'expertise complémentaire au Dr R\_\_\_\_\_ dont les conclusions avaient été balayées par le TCAS et le Tribunal fédéral, puis, au lieu de respecter son droit à porter la preuve des lésions dont il souffrait toujours par une expertise pluridisciplinaire, avait orienté la mission d'expertise confiée au Dr LF\_\_\_\_\_ de telle façon que les faits définitivement acquis dans le cadre de la procédure précédente devant le TCAS

et jusqu'au Tribunal fédéral soient remis en cause par un expert travaillant exclusivement pour les assurances et donc en dépendant économiquement. Se fondant sur un récent arrêt du Tribunal fédéral (ATF 137 V 210), le recourant considérait que l'expertise en question comportait le risque que l'assuré ne dispose pas des mêmes chances de succès en cas de procès que l'assurance adverse.

Le recourant a ainsi persisté dans ses conclusions.

87. Dans sa duplique du 31 juillet 2012, l'intimée a contesté la possibilité d'appliquer la jurisprudence précitée du Tribunal fédéral à la présente cause, dans la mesure où il s'agissait de l'appréciation de la valeur probante d'une expertise effectuée par un COMAI, et non dans le cadre d'une expertise effectuée par un expert neutre et indépendant. De plus, elle a rappelé que la jurisprudence avait établi que le fait qu'un expert soit mandaté à plusieurs reprises par un assureur-accidents ne constituait pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à son manque d'objectivité et à sa partialité, étant souligné que dans la jurisprudence précitée du Tribunal fédéral, celui-ci avait renvoyé le dossier à l'autorité judiciaire, non au motif que l'expertise avait été effectuée par le COMAI, mais parce que celle-ci ne remplissait pas les conditions de valeur probante au sens de la jurisprudence, les faits n'ayant pas été établis à satisfaction.

L'intimée a persisté dans ses conclusions.

88. Par communication du 25 juillet 2012, l'OAI informe l'assuré qu'il devait se soumettre à un examen médical approfondi (rhumatologie, orthopédie et psychiatrie) et que sans contestation écrite et motivée de sa part dans un délai de 10 jours, il mandaterait un centre d'expertise selon le principe du hasard. Dite communication comportait une liste des questions à poser à l'expert.
89. Après contestation de l'assuré quant à l'expertise prévue, se fondant sur un avis du SMR, l'OAI, par décision du 10 septembre 2012, a considéré qu'il n'y avait pas de motifs pour récuser l'expert et a maintenu l'expertise envisagée, en la complétant toutefois par un volet neurologique. Selon le SMR, une expertise en anesthésiologie n'était pas indiquée. Pour le surplus, les questions posées restaient les mêmes, celles de l'assuré étant ajoutées.
90. Par arrêt (ATAS/1474/2012) du 5 décembre 2012, la Cour de céans a rejeté le recours formé par l'assuré contre cette décision de l'OAI.
91. Suite au recours de l'assuré, le Tribunal fédéral a confirmé cet arrêt, le 15 février 2013 (arrêt 9C\_75/2013).
92. Le Dr LF \_\_\_\_\_ a été entendu en enquêtes le 28 mars 2013.

Il a indiqué que la plus grande partie de son activité professionnelle était liée aux soins prodigués à des patients dans son cabinet privé. Dans son activité d'expert, il était principalement mandaté dans le domaine de l'assurance-accidents, à raison d'environ 60% par les assureurs, 30% par les tribunaux et 10% par les privés.

Le Dr LF \_\_\_\_\_ a confirmé le contenu et les conclusions de son expertise. Il a précisé que le ligament croisé antérieur (LCA) fait partie des ligaments qui stabilisent le genou et qui, lorsqu'ils sont déchirés ne peuvent se réparer, contrairement aux ligaments extérieurs, de sorte qu'ils « tombent » sur le tibia et se résorbent avec le temps. Dans le cas d'espèce, les restants du LCA s'étaient en partie résorbés en novembre 2003, ce que montraient les IRM pratiquées ce mois et en octobre 2004. L'intervention pratiquée en décembre 2003 n'avait pas pu provoquer de lésion à ce ligament déjà déchiré. Dans le cas d'un genou qui avait subi un traumatisme et, comme en l'espèce, une déchirure du LCA, il manquait un moyen de stabilisation pour les mouvements quotidiens de flexion et de torsion. Cela provoquait une usure plus rapide du cartilage, l'instabilité pouvant être plus ou moins compensée par la musculature. L'intervention pratiquée par le Dr W \_\_\_\_\_ n'avait pas pu avoir de conséquences indésirables sur le cartilage. Celle du Dr O \_\_\_\_\_, dans la mesure où une partie du ménisque, déchirée, avait été enlevée, une partie des amortisseurs du genou (les ménisques) avait été enlevée, ce qui pouvait aggraver les lésions cartilagineuses. Lorsqu'une lésion était faite sur le cartilage lors d'une opération, on constatait une rapide détérioration du cartilage, ce qui n'avait pas été le cas en l'espèce puisque seule une légère aggravation de l'état du cartilage avait été constatée lors de la deuxième arthroscopie. Pour que l'utilisation de cannes anglaises puisse avoir une influence sur la colonne, il faudrait les utiliser pour se déplacer sur de longues distances, ce qui n'était en général pas le cas, puisque leur utilisation à décharge était très pénible et fatigante. A sa connaissance, le patient avait dû utiliser ces cannes durant quelques semaines après la première intervention, mais n'en avait pas utilisé après la seconde. Les lésions constatées sur la colonne, sous forme de discopathies associées à une hernie discale n'avaient pas pu être provoquées par la chute de septembre 2003, car il eût fallu qu'une très grande force soit exercée sur la colonne, ce qui n'avait pas été le cas. Elles étaient par contre à mettre en lien sur la durée avec les suites de la maladie de SCHEUERMANN, ainsi qu'avec la surcharge pondérale constatées chez le patient (BMI supérieur à 40). Selon l'expérience médicale, lorsque des articulations des membres inférieurs sont touchées et que des douleurs sont présentes, les personnes restreignent leurs activités de manière générale. Celles-ci et particulièrement leurs déplacements sont par conséquent trop peu importants pour décompenser une colonne. Même en cas d'asymétrie majeure (p. ex. séquelles de poliomyélite et raccourcissement d'un membre inférieur), les problèmes sur la colonne surviennent à très long terme. La deuxième

arthroscopie, pratiquée par le Dr W \_\_\_\_\_, pouvait avoir eu une influence positive sur les douleurs de genou, au moins sur une certaine durée, ce qui était le cas lorsqu'on procédait à un lavage de l'articulation comme à l'heure actuelle dans ce genre d'intervention. Dans sa conclusion sur la capacité de travail de l'assuré dans une activité adaptée, il avait tenu compte non seulement des suites de l'accident du 10 septembre 2003 mais également du contexte d'instabilité du genou et de la problématique de la colonne. Selon la documentation au dossier, les plaintes relatives au genou droit étaient indiquées comme peu fréquentes jusqu'à l'accident, puis comme régulières à partir de l'accident. Par rapport à l'interprétation de l'IRM du 5 novembre 2003, l'expert a confirmé être en désaccord avec le Dr N \_\_\_\_\_, particulièrement s'agissant de la présence d'arthrose. Il n'y avait pas d'usure fémoro-tibiale. Suite à la rupture d'un LCA, après 23 ans, de l'arthrose n'apparaît que dans 50% des cas. L'arthrose apparaît lorsque les ménisques, amortisseurs de l'articulation, lâchent. Lors de la première IRM, il y avait un début d'atteinte des deux ménisques. Les lésions du ménisque interne pourraient être le résultat d'une dégénérescence préexistante, ce que semblaient avoir dit les Drs O \_\_\_\_\_ et W \_\_\_\_\_. Il y a là l'apparition d'une lésion chronique (déchirures complexes avec un kyste associé). La lésion du ménisque externe, en anse de seau, pouvait avoir été provoquée par l'accident. Sur un genou instable, il n'est pas possible de faire la différence entre une lésion fraîche, accidentelle, ou une ancienne lésion qui aurait été aggravée. Aussi, pour être correct du point de vue médical, il faut indiquer que la lésion a pu être provoquée en partie par l'accident. Quant aux déclarations du Dr W \_\_\_\_\_, en particulier le fait qu'un ménisque qui présente des signes dégénératifs est effiloché, ce qu'il n'avait pas pu constater, l'expert soulignait que lors de l'intervention de ce médecin, la partie du ménisque qui était abîmée avait d'ores et déjà été enlevée lors de la première intervention. Par rapport à l'interprétation de l'IRM du 5 novembre 2003 faite par le Dr LG \_\_\_\_\_ le 24 novembre 2008, l'expert a confirmé être en désaccord. Cette IRM montre un reliquat du LCA dans la région du plateau tibial. L'interprétation des examens est parfois difficile s'agissant du LCA en général. Les médecins s'aident de l'observation de la forme du ligament croisé postérieur notamment. Le radiologue analyse et décrit les images, tandis qu'un orthopédiste procède également à un examen clinique. L'accident a été le facteur déclencheur de la problématique du genou, la chute ayant été précédée d'un déboîtement, selon le patient. Vu l'état préexistant de l'articulation, son évolution se serait de toute façon produite, le moindre événement traumatique, le seul fait de s'accroupir p. ex., pouvant le déclencher. Les lésions méniscales dégénératives étaient déjà présentes, ce que l'on constate à l'IRM. Le phénomène de rabot, et ses conséquences (tuméfaction du genou, douleurs etc.), ne pouvait apparaître que lorsque les amortisseurs avaient lâché, à savoir après la déchirure méniscale. Après la seconde arthroscopie, seule une légère aggravation de l'articulation a été mise en évidence. S'agissant de la perte

de sang, après la première intervention, elle ne pouvait être mise en lien avec une lésion ligamentaire, cartilagineuse ou méniscale, si ce n'est à l'attache du ménisque, dans la mesure où seule l'enveloppe du genou est vascularisée, contrairement à l'intérieur. Si une perte importante de sang s'était produite, il eût fallu que le sang sorte, soit dans les pansements, soit dans les redons. Or, rien n'avait été constaté de ce côté-là, selon le rapport infirmier qui faisait état de 250 ml. S'il s'était étonné du fait que certains médecins aient décrit l'impression d'une tuméfaction, alors que cela n'avait pas été le cas des Dr L \_\_\_\_\_, O \_\_\_\_\_ et R \_\_\_\_\_, entre les 2 janvier 2004 et 23 mars 2004, c'était pour souligner que durant une période après l'opération, le genou semblait avoir retrouvé un état proche de la normale. Cela ne voulait pas dire que l'expert remettait en doute les constatations effectuées plus tard, notamment par le Dr W \_\_\_\_\_. Vu l'état du genou, notamment le phénomène de rabet, il n'était pas étonnant qu'il ait pu à nouveau se trouver tuméfié. Lorsqu'il avait pratiqué l'examen sur le patient, son genou n'était pas tuméfié. L'état de ce genou était en effet fluctuant. Il n'avait pas constaté d'amyotrophie du membre inférieur droit, était souligné qu'il était assez inhabituel de constater des musculatures symétriques en présence d'un genou très douloureux, puisque dans ce cas, les patients avaient tendance à utiliser plus l'autre jambe.

93. Lors de la même audience, le recourant a indiqué contester que les musculatures de ses deux jambes soient équivalentes. Il a également sollicité l'audition de la Dresse LA \_\_\_\_\_ pour expliquer l'évolution et les suites post-opératoires subies et indiqué que selon lui, le rapport infirmier aurait dû indiquer qu'il avait eu une discussion avec le Dr O \_\_\_\_\_ lors de laquelle il avait dit ne pas vouloir sortir de l'hôpital.

L'intimée a contesté que l'audition requise soit nécessaire.

94. Par la suite, les parties ont obtenu un délai pour faire valoir leurs dernières observations.
95. Dans ses écritures du 1er juillet 2013, le recourant a persisté dans ses conclusions au fond et relativement aux dépens et, en sus, demandé préparatoirement l'apport de l'expertise décidée par l'Office des assurances sociales (OAI), ainsi que la suspension de la présente cause jusqu'à droit jugé par l'assurance invalidité, et à ce que la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice ordonne une expertise pluridisciplinaire par quatre experts indépendants et spécialistes en rhumatologie, orthopédie, psychiatrie et neurologie, avec indication des questions à poser aux experts.

Le recourant a produit un chargé de pièces complémentaire, notamment un rapport du Centre d'antalgie du Nord-Vaudois du 13 mai 2013, faisant état de différentes douleurs sur l'hémicorps droit, de même qu'un rapport de la

Dresse LA \_\_\_\_\_ du 27 septembre 2012, mettant en lien les mêmes douleurs avec les suite de l'accident du 30 septembre 2003 et indiquant que le traitement entrepris avait lentement des conséquences favorables, tout en réservant le pronostic.

96. L'intimée a déposé ses conclusions du 24 juillet 2013, en confirmant ses précédentes prises de position et en contestant que les liens entre les procédures d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents soient pertinents pour justifier de l'apport de la procédure liée à la première et la suspension de la présente cause.
97. Par la suite, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1,1 ; 335 consid. 1.2 ; ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; ATF 127 V 467 consid. 1 ; 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37, page 316, consid. 3b).

En l'espèce, tous les faits déterminants se sont produits après l'entrée en vigueur de la LPGA au 1<sup>er</sup> janvier 2003.

Conformément à l'art. 60 LPG, le recours doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours.

Respectant par ailleurs les autres conditions de recevabilité, le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 et ss LPGA).

3. Le litige porte notamment sur le droit de l'assuré à des prestations LAA au-delà du 23 mars 2004, suite à l'accident du 10 septembre 2003.

En premier lieu, la Cour doit examiner la question de la suspension de la présente cause jusqu'à droit jugé sur la cause traitant de la demande de prestations AI formée par le recourant.

En deuxième lieu, il sied de répondre à la question de savoir si l'expertise confiée au Dr LF\_\_\_\_\_ suite à l'arrêt du Tribunal fédéral du 23 juin 2008, respectivement la décision attaquée pouvaient revenir sur une date antérieure au 8 février 2005, s'agissant de mettre fin au versement des prestations LAA par l'intimée.

En troisième lieu, il s'agit de déterminer quelles ont été les conséquences physiques sur l'assuré qui peuvent être mises en lien de causalité avec l'accident du 10 septembre 2003 et jusqu'à quelle date elles peuvent cas échéant être prises en compte pour justifier le versement des prestations interrompu au 23 mars 2004. Dans ce cadre il doit également être examiné si la mise en place d'une expertise orthopédique-anesthésiologique- radiologique, telle que sollicitée par le recourant, se justifie pour répondre à la question précitée.

En quatrième lieu, il faut établir si l'accident du 10 septembre 2003 a eu des conséquences psychiques qui puissent être mises en lien de causalité suffisante avec lui et si, pour répondre à cette question, la mise en place d'une expertise psychiatrique s'avère nécessaire, comme le soutient le recourant.

En dernier lieu, la Cour devra également examiner les droits du recourant à l'obtention de l'assistance juridique pour les honoraires de son conseil, du 23 juin 2008 à la date du 6 décembre 2012, date à partir de laquelle le service de l'assistance juridique lui a octroyé ce bénéfice pour la présente procédure.

4. Aux termes de l'art. 14 de la loi genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA), applicable du fait que ni la LPGA, ni la loi de procédure administrative fédérale (PA) ne statue sur la question, la procédure peut être suspendue lorsque son sort dépend de la solution d'une question de nature civile, pénale ou administrative pendante devant une autre autorité, jusqu'à droit connu sur ces questions.
5. En cas de renvoi de la cause par le Tribunal fédéral à l'autorité cantonale, celle-ci est liée par les constatations de fait et les considérants en droit de l'arrêt de renvoi ; elle peut examiner uniquement les questions laissées ouvertes par ce dernier (arrêt

---

du Tribunal fédéral 4A\_132/2013 du 23 octobre 2013 et références, en particulier ATF 135 III 334 consid. 2).

6. a) L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1 LAA). Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA; ATF 122 V 232 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

b) En vertu de l'art. 9 OLAA, les déchirures du ménisque sont des lésions corporelles assimilées à un accident pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs.

c) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, no 141). Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un

rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2, arrêt U 355/98 du 9 septembre 1999) entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans les limites du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b p. 264). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (ATF non publié du 23 novembre 2009, cause 8C\_463/2009, consid. 3).

d) 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).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a).

Par contre, en présence de troubles psychiques, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 139 consid. 6, 407 consid. 5).

e) L'accident doit être qualifié de gravité moyenne lorsqu'il se situe en deçà de la limite supérieure de cette catégorie, selon la jurisprudence du TFA en la matière, résumée in ATA 670/01 (pour mémoire : ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures de gravité moyenne - ATA du 2 septembre 1997 - , une chute d'ascenseur sur deux étages - ATFA U 204/00-, la chute d'un bloc de

pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien - ATFA U 338/05-, un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien - ATFA U 128/03).

f) En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants: les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (1); la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques (2); la durée anormalement longue du traitement médical (3); les douleurs physiques persistantes (4); les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (5); les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes (6); le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (7). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

g) A titre d'exemple, le Tribunal fédéral des assurances a statué sur le cas d'un manoeuvre employé dans une entreprise de transformation de bois qui, travaillant avec une fraiseuse, a vu sa main happée par celle-ci, ce qui a entraîné la perte de trois doigts. Cet accident a été classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents graves et la causalité adéquate a été admise (RAMA 1999 n° U 346 p. 428).

La causalité adéquate a par contre été niée dans le cas d'un assuré travailleur manuel dont la main dominante a été mutilée lorsqu'il découpait une plaque métallique avec une scie circulaire, parce que le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques propres selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques n'était pas réalisé au regard de l'ensemble des circonstances (RAMA 2002 n° U 449, p. 53).

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

---

b) En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

c) Ainsi, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la CNA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

e) Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3).

8. S'agissant de la demande de suspension de la présente cause jusqu'à droit jugé sur le sort de la procédure relative à la demande de prestations AI formée par le recourant, la Cour ne peut que la rejeter.

En effet, les questions soulevées dans le cadre de la présente cause ont trouvé les réponses voulues de par l'apport de l'expertise confiée au Dr LF \_\_\_\_\_, ainsi

qu'il sera développé ci-après. Dès lors, il n'y a pas lieu d'attendre que l'expertise décidée pour trancher de la question de l'invalidité du recourant dans le cadre de la procédure relative à sa demande de prestations AI soit rendue.

Les questions de fait à élucider dans le cadre des deux causes sont différentes, dans la mesure où la présente cause s'attache à décider des éléments médicaux justifiant la restriction de la capacité de travail du recourant, en lien uniquement avec les suites de l'accident du 10 septembre 2003, alors que les autorités chargées de la question de l'invalidité justifiant les prestations AI doivent trancher un complexe de faits plus global, lié à tous les problèmes médicaux restreignant la capacité de travail du recourant, sans limitation au lien de causalité avec l'accident précité.

Il ne peut dès lors y avoir de risque lié à la prise de décisions contradictoires, les issues de la présente cause et de la procédure AI étant indépendantes.

9. Relativement à la question soulevée par le recourant s'agissant de la violation par l'expert, puis par l'intimée, de l'autorité de la chose jugée conférée à l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral du 23 juin 2008, il y a lieu de constater que ce grief tombe à faux.

S'agissant de l'expertise, en tant qu'elle représente un moyen de preuve pour établir des questions médicales mais ne prétend pas à trancher juridiquement d'une quelconque question, cette tâche appartenant à l'assurance, puis cas échéant aux juges, il ne peut y avoir de violation de la chose jugée à reprocher au travail de l'expert.

Ceci étant posé, il y a lieu de constater que dans son arrêt de renvoi, le Tribunal fédéral a pris en considération le fait que le Dr W\_\_\_\_\_ avait constaté une lésion du cartilage lors de son intervention du 1<sup>er</sup> février 2005 et que le Dr A\_\_\_\_\_, qui le suivait depuis le 10 novembre 2004, avait attesté en 2006 de la continuation de symptômes divers présentés par le recourant, en particulier de douleurs qui l'empêchaient de recouvrer sa capacité de travail dans sa profession de cuisinier. De ce fait, le Tribunal fédéral avait rappelé les obligations étendues de l'assureur LAA et avait renvoyé la cause à l'intimée pour qu'elle poursuive ses investigations, dans la mesure où les constatations médicales figurant au dossier ne permettaient pas de comprendre si et à partir de quelle date il était justifié de cesser le versement des prestations en raison de la rupture du lien de causalité entre les symptômes présentés par le recourant et l'accident du 10 septembre 2003.

En aucune manière ne peut-on interpréter le contenu de l'arrêt de renvoi comme ayant tranché positivement la question de savoir si des prestations devaient être versées au minimum jusqu'au 8 février 2005, comme le soutient le recourant.

Au vu de ce qui précède, la décision attaquée ne viole pas l'autorité de la chose jugée.

10. S'agissant des conséquences physiques pouvant être mises en lien avec l'accident du 10 septembre 2003, suite à l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, une expertise a été ordonnée, confiée au Dr LF\_\_\_\_\_.

Le rapport d'expertise établi par ce dernier le 27 août 2010 remplit tous les critères posés par la jurisprudence pour accorder pleine valeur probante à cette expertise. Comme il l'a déjà été constaté par la Chambre des assurances sociales dans le cadre de la procédure d'assurance invalidité, cette expertise est extrêmement fouillée et fournit de nombreuses réponses, explicitées, aux questions posées par le cas d'espèce, ainsi qu'aux éventuelles contradictions entre les avis émis par les différents médecins consultés. Ses conclusions sont claires et motivées, ayant en outre été expliquées et complétées, en tant que de besoin, lors de l'audience du 28 mars 2013.

Le recourant s'étant opposé à ce que le même expert que précédemment, le Dr R\_\_\_\_\_ soit à nouveau désigné par l'assurance, il a obtenu qu'un expert différent soit nommé en la personne du Dr LF\_\_\_\_\_. N'ayant pas de motif de récusation, le recourant a également pu participer aux questions à poser à l'expert, questions qu'il a complétées, par l'intermédiaire de son conseil.

Il a été établi dans le cadre de la procédure que l'expert, bien que souvent mandaté par des assurances dans le cadre de questions d'assurance-accidents, a une activité déployée en majeure partie dans les soins prodigués à sa clientèle privée, de sorte qu'il ne saurait être comparé à un expert acquis à la cause de sa mandante dans le cas d'espèce, sa qualité d'indépendance ne pouvant être valablement remise en question.

Les principaux motifs d'opposition aux conclusions de l'expert et à la valeur probante de l'expertise du recourant résident dans le fait que les conclusions du second expert rejoignent celles du premier, le Dr R\_\_\_\_\_, qu'elles s'opposent sur certains points aux déclarations du Dr W\_\_\_\_\_, qu'elles sont en contradiction avec les avis émis par les Drs N\_\_\_\_\_ et LG\_\_\_\_\_ par rapport à l'interprétation des IRM, ainsi qu'avec les opinions des Drs B\_\_\_\_\_ et LA\_\_\_\_\_, ayant soigné les symptômes liés aux douleurs présentées à partir de 2004, essentiellement dans le haut du corps.

Certes les avis des deux experts désignés par l'assurance se recoupent en grande partie. Toutefois, les motivations exprimées par le Dr LF\_\_\_\_\_ pour justifier de ses conclusions figurent clairement dans son rapport d'expertise, de sorte que ce rapport ne peut être taxé de partialité. Il y a discuté les raisons qui l'ont fait pencher dans un sens ou dans l'autre, selon les questions et en relation avec les opinions des autres médecins consultés. Il est vrai que le Dr W\_\_\_\_\_ a déclaré avoir constaté des surfaces cartilagineuses en bon état, ne pas pouvoir parler d'un état dégénératif du genou droit et que les déchirures méniscales qu'il a lui-

même vues n'étaient pas celles décrites – effilochées – pour ce patient. Toutefois, l'expert a admis que la lésion au cartilage n'était que légèrement aggravée lors de la deuxième arthroscopie. Le Dr W\_\_\_\_\_ a aussi déclaré lors de son audition que les genoux du patient étaient à risque, eu égard à la déchirure du LCA dans le passé, qu'il avait suffi d'une entorse pour entraîner une déchirure méniscale. De ce fait, on constate que le Dr W\_\_\_\_\_ rejoint les autres professionnels consultés, lesquels ont dans leur majorité fait état d'un genou instable. Quant à l'état des ménisques, l'expert a indiqué que le Dr W\_\_\_\_\_ n'avait pas pu les observer comme le Dr O\_\_\_\_\_, puisque ce dernier avait d'ores et déjà ôté les parties lésées en décembre 2003, dont celles qui pouvaient alors être constatées comme « effilochées ».

L'expert a également expliqué les raisons pour lesquelles son avis différait des opinions émises par les Drs N\_\_\_\_\_ et LG\_\_\_\_\_ au sujet des IRM, précisant quelles étaient les difficultés d'interprétation des images en question, particulièrement s'agissant des lésions subies par le LCA du patient. Il a aussi fait état des différences de qualifications des radiologues, en comparaison avec les orthopédistes qui pouvaient apprécier les examens par imageries en comparaison avec l'examen clinique que seuls eux-mêmes pouvaient pratiquer. A ce sujet, il y a lieu de souligner que seul le Dr N\_\_\_\_\_ a mentionné une absence totale de LCA, les autres médecins ayant relevé de différentes manières l'état de déchirure ancienne du LCA qu'ils constataient. Il est ainsi invraisemblable de considérer que ce serait l'intervention du Dr O\_\_\_\_\_ qui aurait induit une rupture du LCA du genou droit du recourant, comme ce dernier le soutient depuis la fin 2008.

Quant aux douleurs et contractures musculaires, que le recourant présente en différents endroits, pour l'essentiel à partir de la fesse droite et jusqu'à la nuque, en passant par l'épaule et le membre supérieur droit, aucun des médecins ne peut faire état du lien de causalité entre l'accident et ses suites et ces douleurs et contractures. Leur apparition postérieurement à l'accident, essentiellement relevée à partir de 2004, est insuffisante pour établir un lien de causalité, dans la mesure où, médicalement, elles ne sont pas explicitées de manière objective. Les Drs B\_\_\_\_\_ et LA\_\_\_\_\_ en particulier relèvent le lien entre l'accident et ces symptômes, sans indication explicative convaincante, le premier ayant fait état d'un lien avec l'utilisation prolongée de cannes anglaises et la seconde avec les suites d'un traumatisme de torsion de l'appareil locomoteur. Contrairement à ce que soutient le recourant, on cherche en vain dans le dossier une confirmation de ce lien de causalité par un autre des médecins consultés. Or, le Dr LF\_\_\_\_\_ a fourni des éléments permettant de convaincre du contraire, dans la mesure où, comme l'avaient d'ailleurs indiqué d'autres médecins précédemment (les Drs M\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_) les problèmes de dos étaient liés à un état maladif préexistant, dont l'accident n'avait eu pour conséquence qu'une aggravation passagère. Le recourant n'ayant pas apporté d'éléments établissant qu'il avait utilisé des cannes anglaises sur une longue période, pour effectuer de

longs déplacements ou avoir encore subi une force très importante sur sa colonne lors de l'accident incriminé, il n'était pas possible à l'expert d'aboutir à une autre conclusion. Il est ainsi établi que la symptomatologie douloureuse présentée par le recourant de manière diffuse et persistante n'est pas en lien de causalité suffisant avec l'accident du 10 septembre 2003.

Au vu de ce qui précède, les éléments relevés par le recourant ne permettent pas à la Cour de remettre en question les conclusions de l'expert sur le plan médical, de sorte que les conclusions du recourant visant à la mise en place d'une nouvelle expertise doivent être rejetées.

Reste un élément à examiner, à savoir la date à partir de laquelle il est possible de considérer comme justifié l'arrêt du versement des prestations de l'intimée. Dans la mesure où l'expert, interrogé par la Cour, a admis que l'intervention du Dr W\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> février 2005, ayant un objectif initial investigatoire puisqu'aucune nouvelle déchirure n'a pu être constatée, avait tout de même permis, grâce au lavage de l'articulation, de remédier, au moins sur une certaine période, aux douleurs présentées par le recourant, la Cour retiendra, ainsi que l'avait d'ailleurs admis le médecin conseil de l'intimée, le Dr P\_\_\_\_\_, que l'incapacité de travail justifiée par les suites de l'accident s'est poursuivie jusqu'à une semaine après la seconde arthroscopie, soit jusqu'au 8 février 2005.

11. Le recourant sollicite également la mise en place d'une expertise sur le plan psychiatrique, soutenant subir des conséquences sur ce plan, à mettre en lien de causalité avec l'accident du 10 septembre 2003, en particulier s'agissant de la durée des traitements, des douleurs, des erreurs médicales ayant entraîné des complications, comme de la durée de son incapacité de travail.

La Cour renoncera toutefois à la mise en place d'une telle expertise, malgré la maxime d'office applicable à la présente cause et quand bien même le fait que le recourant soit en souffrance dans sa santé psychique soit établie par les rapports de la Dresse LD\_\_\_\_\_ qui le suit depuis des années. Elle relève par ailleurs que cette dernière ne met pas directement cette souffrance psychique et les diagnostics posés en lien avec les suites de l'accident de 2003.

En effet, il n'est pas utile de déterminer le lien de causalité naturelle dès lors que, comme cela sera examiné ci-dessous, le lien de causalité adéquate fait défaut.

a) D'abord, l'accident doit être qualifié de faible gravité, éventuellement de gravité moyenne. Il ne s'agit en tout cas pas d'un accident grave. Objectivement, l'assurée a été bousculée par un patient, elle a heurté une porte ou a chuté sur son membre supérieur droit, ce qui a entraîné une contusion de la main droite et des douleurs à l'épaule droite. Compte tenu du peu de gravité de l'accident, l'examen de la causalité pourrait s'arrêter là.

b) Cela étant, à la lumière des documents et déclarations figurant au dossier, le Tribunal se détermine comme suit quant aux conditions de la jurisprudence, dans l'hypothèse d'un accident de gravité moyenne:

1) le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ne peut pas être retenu et il n'y a pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques. En effet, l'accident subi a consisté en une chute de l'assuré dans le cadre de son travail, celui-là ayant fait état d'avoir glissé sur le sol glissant, avoir subi une entorse du genou, voire de la cheville, et être tombé en arrière. Ainsi, l'accident lui-même et les circonstances l'entourant ne sont pas particulièrement impressionnants ;

2) de même faut-il nier que les lésions physiques aient été graves ou d'une nature particulière propre à entraîner des troubles psychiques, s'agissant d'une déchirure partielle du ménisque ;

3) de surcroît, le traitement médical des suites de l'accident n'a été ni long, ni particulièrement pénible puisqu'il s'est agi de traitements antalgiques tout d'abord, puis d'une ménisectomie partielle du genou droit. Certes, le traitement médical dans son ensemble a été relativement long puisqu'il a duré à ce jour près de dix ans, mais il s'avère que les examens et traitement subis ont finalement concerné d'autres problématiques que les suites de la déchirure méniscale et que les suites somatiques de l'accident ont été admises comme ayant pris fin au 8 février 2005 ;

4) on peut éventuellement retenir des douleurs et tuméfactions fluctuantes, reconnues par le Dr LF\_\_\_\_\_ et mis en évidence par certains médecins consultés. Toutefois, plusieurs médecins ont aussi reconnu avoir pu constater un genou asymptomatique selon les périodes.

5) on ne peut pas non plus retenir d'erreurs dans le traitement médical, et, s'il y a bien eu des divergences dans les diagnostics, ils n'ont pas impliqué de traitement erroné, ni généré de séquelle, la rupture du LCA n'ayant pas été reconnue comme provoquée par l'opération du 18 décembre 2003 et la légère aggravation de l'état du cartilage, constatée lors de l'intervention du 1<sup>er</sup> février 2005, n'étant que potentiellement liée à la première arthroscopie ;

6) rien ne permet de retenir le critère des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes s'agissant du genou droit ;

7) la durée de l'arrêt de travail est certes très longue puisque celui-ci est en cours depuis près de dix ans, sans aucune reprise du travail, mais elle ne se confond avec la durée de l'incapacité de travail en lien de causalité avec l'accident que pour la période ayant pris fin au 8 février 2005, soit sur 17 mois ;

Il n'y a donc aucun des sept critères qui soit rempli en l'espèce, ce qui justifie de nier la causalité adéquate entre l'état dépressif moyen et l'accident du 10 septembre

2003. La Cour a en effet acquis la conviction qu'au vu de l'ensemble des circonstances, il n'était pas dans l'ordre des choses que les faits, tels qu'ils ont pu être établis, génèrent chez l'assuré l'incapacité de travail qui est la sienne aujourd'hui pour des affections somatiques et psychiatriques sans lien avec l'accident.

12. Le recours de l'assuré contre la décision sur opposition du 22 novembre 2011 est donc mal fondé sur le fond et doit être rejeté.
13. Reste à examiner la question accessoire de l'obtention de l'assistance juridique sollicitée par le recourant pour l'assistance de son conseil du 23 juin 2008 au 5 décembre 2011, date à compter de laquelle il a obtenu, pour la présente procédure, l'assistance juridique de la part du service étatique compétent.

a) La LPGA prévoit pour sa part que l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur lorsque les circonstances le justifient (art. 37 al. 4 LPGA). La LPGA a ainsi introduit une prétention légale à l'assistance juridique pour ce type de procédure (ATF 131 V 153 consid. 3.1).

Selon la jurisprudence, les conditions d'octroi de l'assistance judiciaire gratuite sont en principe remplies si les conclusions ne paraissent pas vouées à l'échec, si le requérant est dans le besoin et si l'assistance d'un avocat est nécessaire ou du moins indiquée (ATF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b et les références).

On considère que les conclusions paraissent vouées à l'échec lorsqu'une partie, disposant des moyens nécessaires, ne prendrait pas le risque, après mûre réflexion, d'engager un procès ou de le continuer (ATF 129 I 129 consid. 2.3.1, 128 I 236 consid. 2.5.3 et la référence).

Une partie est dans le besoin lorsque ses ressources ne lui permettent pas de supporter les frais de procédure et ses propres frais de défense sans entamer les moyens nécessaires à son entretien et à celui de sa famille (ATF 128 I 225 consid. 2.5.1 et ATF 127 I 202 consid. 3b). Les besoins vitaux selon les règles de procédure se situent au-dessus de ce qui est strictement nécessaire et excèdent le minimum vital admis en droit des poursuites (ATF 118 Ia 369 consid. 4). Pour que la notion d'indigence soit reconnue, il suffit que le demandeur ne dispose pas de moyens supérieurs aux besoins normaux d'une famille modeste (RAMA 1996 p. 208 consid. 2). Les circonstances économiques au moment de la décision sur la requête d'assistance judiciaire sont déterminantes (ATF 108 V 265 consid. 4).

Le point de savoir si l'assistance d'un avocat est nécessaire ou du moins indiquée doit être tranché d'après les circonstances concrètes objectives et subjectives. Pratiquement, il faut se demander, pour chaque cas particulier, si, dans des circonstances semblables et dans l'hypothèse où le requérant ne serait pas dans le besoin, l'assistance d'un avocat serait judicieuse, compte tenu du fait que l'intéressé

n'a pas lui-même des connaissances juridiques suffisantes et que l'intérêt au prononcé d'un jugement justifierait la charge des frais qui en découlent (ATF 103 V 46 consid. b, 98 V 115 consid. 3a; cf. aussi ATF 130 I 180 consid. 2.2 et les références).

L'assistance par un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à un avocat parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entre pas en considération (ATF 13 V 200 consid. 4.1 p. 201 et les arrêts cités).

Il y a lieu de tenir compte des circonstances du cas d'espèce, de la particularité des règles de procédure applicables, ainsi que des spécificités de la procédure administrative en cours. En particulier, il faut mentionner, en plus de la complexité des questions de droit et de l'état de fait, les circonstances qui tiennent à la personne concernée, comme sa capacité de s'orienter dans une procédure (arrêt I 557/04 du 29 novembre 2004, consid. 2.2., publié à la Revue de l'avocat 2005 n° 3 p. 123).

b) S'agissant de la demande d'assistance juridique présentée par le recourant auprès de l'intimée pour les honoraires de son conseil du 23 juin 2008 au 5 décembre 2011, il sied de différencier la nécessité d'intervention du mandataire dans le cadre de la participation à l'établissement de la mission d'expertise, ainsi que pour former opposition à la première décision de l'intimée, et l'intervention du conseil dans le cadre de la procédure en déni de justice ayant abouti à l'ATAS/131/2010, puisqu'il a été reconnu que l'assuré n'avait pas lui-même fait le nécessaire pour faciliter la mise en place de l'expertise pourtant reconnue comme indispensable.

Dans le cadre de la participation de l'assuré à la mission d'expertise, entreprise suite à l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, on peut considérer que l'assistance d'un avocat était rendue nécessaire par la complexité des faits à élucider et les conséquences juridiques que leur établissement pourrait engendrer pour les prétentions émises. Dès lors, il apparaît correct d'admettre que l'assuré ait pu bénéficier des conseils d'un avocat dans ce cadre, pour autant que ses conditions financières le justifient.

S'agissant du recours formé pour déni de justice formel auprès du TCAS, il y a lieu de constater qu'il apparaissait d'emblée dépourvu de chances de succès, le comportement de l'assuré ayant été incriminé pour justifier le rejet de ce recours, ce que son conseil ne pouvait ignorer. Ainsi, l'assistance de ce dernier dans le cadre de cette procédure ne saurait être mise à charge de l'assurance.

Enfin, dans la mesure où l'on ne pouvait considérer que l'opposition formée contre la décision de la SUVA du 8 février 2011 était d'emblée dépourvue de chance de

succès, l'assistance d'un avocat dans le cadre de la présente cause, qui présente des points litigieux complexes, se justifiait. Dès lors, pour autant que les conditions de ressources de l'assuré le justifiaient à cette époque, l'assurance devra lui accorder le bénéfice de l'assistance juridique pour cette activité.

Dans la mesure où l'intimée s'est contentée de prononcer un simple refus à la demande d'assistance juridique, sans plus ample instruction sur les conditions de revenus du recourant, et qu'elle devra également solliciter du mandataire qu'il établisse son état de frais pour son activité liée à la participation du recourant à la mission d'expertise, ainsi que dans le cadre de l'opposition formée à la décision du 8 février 2011, il convient de lui renvoyer la cause sur cet objet pour nouvelle décision.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Confirme la décision sur opposition du 22 novembre 2011, à l'exception de la décision relative à l'assistance juridique.
4. Renvoie la cause à ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA pour nouvelle décision relative à l'assistance juridique, au sens des considérants.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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 et ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyen de preuve, doit être joint à l'envoi.

La greffière

La présidente suppléante

Florence SCHMUTZ

Laurence CRUCHON

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le