

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/623/2007

ATAS/542/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 6 mai 2008

En la cause

Monsieur M_____, domicilié à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître ROUVINET Serge

recourant

contre

VAUDOISE GENERALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES,
domicilié Place de Milan;case postale 120, 1001 LAUSANNE

intimé

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES, domicilié Route de
Chavannes 35, 1001 LAUSANNE

appelée en
cause

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Monique STOLLER FÜLLEMANN et
Norbert HECK, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur M_____, né en décembre 1959, travaille en qualité de chef de vente pour la société X_____ SA depuis le 1^{er} juin 2005. Il est à ce titre assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la VAUDOISE ASSURANCES (ci-après la VAUDOISE).
2. En date du 3 mars 2001, l'assuré a subi un accident du genou gauche sous forme de luxation rotulienne et arrachement de l'aileron rotulien. Les suites de cet accident ont été prises en charge par l'assurance-accidents de l'époque, l'ALPINA, devenue la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES (ci-après la ZURICH).
3. En date du 28 septembre 2005, il a subi une entorse sévère du genou gauche suite à une glissade, alors qu'il se trouvait à Bucarest pour des motifs professionnels. Il a reçu les premiers soins dans un hôpital de Bucarest. Le Dr A_____ a, à cette occasion, diagnostiqué "une entorse sévère du genou gauche reversé intra-articulaire important" ainsi "qu'une suspicion de lésion ménisque interne" (cf. rapport [traduit] du 28 septembre 2005).
4. De retour en Suisse, l'assuré a consulté le Dr B_____, médecin généraliste. Dans un rapport du 5 novembre 2005, celui-ci a diagnostiqué une entorse du genou gauche. L'incapacité de travail était totale depuis le 28 septembre 2005.
5. Dans un rapport du 31 janvier 2006, le Dr B_____ a indiqué que, malgré le traitement, le patient se plaignait d'une gêne et de douleurs lors de la marche et du passage à la station debout. L'état de santé était stationnaire et l'incapacité toujours totale.
6. Par courrier du 24 juillet 2006, la VAUDOISE a informé son assuré que selon son médecin-conseil, le Dr C_____, dès la fin du mois de janvier 2006, soit quatre mois après la distorsion, le rapport de causalité avec l'accident avait pris fin. En revanche, les séquelles actuelles étaient en rapport avec l'accident qu'il avait subi le 3 mars 2001. L'assurance a joint à son courrier une attestation de son médecin-conseil. Selon ce courrier, l'assuré avait subi un premier accident le 3 mars 2001 sous forme de luxation-arrachement de la rotule gauche. Après le second accident de septembre 2005, une IRM du genou gauche avait été réalisée le 7 février 2006, qui n'avait pas mis en évidence de contusion osseuse, ni d'épanchement articulaire, ni d'atteinte des ligaments ou des ménisques. Le radiologue, le Dr D_____, avait conclu à une chondromalacie patellaire étendue et prononcée. Cette chondromalacie était en rapport avec le premier accident et était d'ailleurs déjà décrite comme une arthrose post-traumatique par le Dr E_____, qui était alors intervenu en tant qu'expert. Elle était sans rapport avec le deuxième accident qui

avait consisté en une distorsion qui ne laissait pas de trace de lésion méniscale ou ligamentaire à l'examen IRM. Ainsi, à fin janvier 2006, le rapport de causalité entre l'état actuel du genou et le deuxième accident avait pris fin. Les séquelles actuelles étaient en rapport avec l'accident du 3 mars 2001, d'une part et avec la dysplasie fémoro-patellaire, d'autre part. Aussi l'assuré devait-il annoncer cette rechute à la ZURICH.

7. Par décision du 24 août 2006, la VAUDOISE a ainsi nié que l'incapacité de travail depuis début février 2006 soit en relation de causalité avec l'accident du 28 septembre 2005.
8. Par courrier du 21 septembre 2006, l'assuré a formé opposition à cette décision. Il a tout d'abord relevé qu'il ressortait des décomptes au dossier que les indemnités journalières relatives à l'assurance-accidents obligatoire n'auraient été versées que du 11 décembre 2005 au 31 janvier 2006. Or, la VAUDOISE reconnaissait devoir des indemnités du 1er octobre 2005 au 31 janvier 2006. S'agissant de la période postérieure au 31 janvier 2006, il a contesté que son incapacité, qui avait duré jusqu'au 31 juillet 2006, ne fut plus en lien de causalité avec l'accident de 2005, aussi a-t-il conclu à l'octroi d'indemnités journalières jusqu'au 31 juillet 2006, sous déduction des sommes déjà versées.
9. Par décision du 30 novembre 2006, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a relevé que l'examen IRM n'avait pas mis en évidence de contusion osseuse, ni d'épanchement articulaire, ni d'atteinte des ligaments ou des ménisques. En revanche, il était noté une dysplasie fémoro-patellaire, une hypoplasie du condyle fémoral interne et une atteinte du cartilage articulaire de la rotule. Or, de l'avis de son médecin-conseil, cette chondromalacie était sans aucun doute en rapport avec l'accident de mars 2001, puisqu'elle était déjà décrite dans le rapport du Dr E_____ comme une arthrose post-traumatique. Dès lors, n'ayant aucun motif de remettre en question l'appréciation de son médecin-conseil, la VAUDOISE constatait que la décision attaquée était justifiée.
10. Par courrier du 12 décembre 2006 et en réponse à une demande de la VAUDOISE, la ZURICH a indiqué que son médecin-conseil, le Dr F_____, adhérait à la position du Dr C_____, dans la mesure où l'accident de septembre 2005 était de peu de gravité par rapport à celui de mars 2001 qu'elle assurait. Il n'y avait pas de péjoration notable de l'état du genou et en réalité le nouvel accident n'avait fait que déstabiliser de manière temporaire une affection préexistante.
11. Par courrier du 21 février 2007, l'assuré a recouru contre la décision de la VAUDOISE, auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, à l'octroi d'indemnités journalières de 234 fr. 10 du 1er octobre 2005 au 31 juillet 2006 à titre d'assurance-accidents obligatoire sous déduction des sommes déjà

versées, ainsi qu'à l'octroi d'indemnités journalières de 86 fr. 40 du 1er octobre 2005 au 31 juillet 2006 à titre d'assurance-accidents complémentaire, sous déduction des sommes déjà versées. Il a au surplus demandé à ce que les frais de procédure soient mis à la charge de l'État. Le recourant a fait valoir qu'il contestait la décision car il estimait que le lien de causalité entre son état physique dès le 1er février 2006 et son accident de septembre 2005 était établi, que la VAUDOISE n'avait pas démontré que les troubles physiques dont il avait souffert depuis le 31 janvier 2006 n'étaient plus en rapport de causalité naturelle avec l'accident de 2005 et que l'avis du Dr C_____ sur lequel s'était fondée la VAUDOISE n'emportait pas conviction. En effet, l'examen IRM effectué le 7 février 2006 par le Dr G_____ faisait état d'une "importante perte de l'épaisseur du cartilage articulaire patellaire (...) ainsi que de la présence d'œdème sous-condral au niveau des limites osseuses postero-internes de la rotule". Il était ainsi évident que sans l'accident du 28 septembre 2005, il n'aurait pas souffert d'une entorse au genou gauche ni des conséquences, relevées par l'IRM, qui s'en étaient suivies. Par ailleurs, le recourant a relevé que le Dr C_____ n'avait pas tenu compte des douleurs persistantes dont il se plaignait et avait sciemment omis de relever la présence d'un œdème sous-chondral au niveau des limites osseuses postéro-internes de la rotule. De surcroît, l'assuré n'avait jamais fait l'objet d'un examen médical par la VAUDOISE et les conclusions de son médecin-conseil, prises sans investigation, et en contradiction avec les rapports des Drs B_____ et G_____ devaient être rejetées.

12. Dans sa réponse du 22 mars 2007, l'intimée, concluant au rejet du recours sans frais ni dépens, a fait valoir que son médecin-conseil s'était clairement déterminé sur la question de la causalité naturelle entre les troubles du genou gauche et l'accident du 28 septembre 2005. L'IRM du 7 février 2006 était à cet égard une pièce déterminante. Cet examen n'avait mis en évidence que des troubles en rapport avec l'accident du 3 mars 2001. S'agissant de l'entorse de septembre 2005, soit de la lésion traumatique d'une articulation résultant de sa distorsion brutale, avec étirement ou rupture des ligaments, elle ne laisse plus aucune trace sur l'IRM. Il n'était en effet relevé aucune atteinte ligamentaire, ni même méniscale. En l'espèce, le retour au statu quo sine vel ante était déterminé au plus tard lors de l'examen de l'IRM du 7 février 2006, puisqu'à ce moment-là l'atteinte à la santé n'avait plus de rapport démontré avec l'accident de 2005. Enfin, l'intimée a relevé que le médecin consultant de la ZURICH, le Dr F_____, spécialiste en chirurgie orthopédique, adhérait à la position du Dr C_____. Celui-ci expliquait que l'accident de 2005 était de peu de gravité par rapport à celui de 2001 et n'avait pas péjoré de façon notable l'état du genou; il n'avait fait que déstabiliser de manière temporaire une affection préexistante à l'événement. Là où le Dr F_____ faisait par contre fausse route, c'était lorsqu'il indiquait qu'il n'existait aucune raison médicale objective de fixer la date du rétablissement au 31 janvier 2006. Ceci n'était pas

correct, en raison de l'examen IRM de février 2006 qui constituait la preuve médicale objective du retour au statu quo sine vel ante.

13. Par ordonnance du 10 mai 2007, le Tribunal de céans a appelé en cause la ZURICH, assureur de l'accident de 2001, lui impartissant un délai au 31 mai pour se déterminer.
14. Dans ses observations du 14 juin 2007, produites dans le délai prolongé au 30 juin 2007, la ZURICH a rappelé qu'elle avait versé des indemnités journalières au recourant pour son accident du 3 mars 2001 jusqu'au 31 août 2002 ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%, ensuite de quoi le cas avait été clos. Elle concevait que l'accident de 2001 avait été plus grave que celui de 2005, mais estimait que le statu quo sine/ante ne pouvait être fixé au 31 janvier 2006. Enfin, elle a relevé que la présente procédure ne saurait la lier, si ce n'était par rapport à l'obligation de la VAUDOISE de prêter ou non. Elle a rappelé que le Tribunal de céans n'était pas compétent pour trancher les litiges entre assureur-accidents, contrairement à l'Office fédéral de la santé publique. Si la VAUDOISE souhaitait obtenir un remboursement par la ZURICH, il lui appartenait d'adresser une requête à l'autorité compétente.
15. Dans ses observations du 28 juin 2007, la VAUDOISE a convenu que l'issue du présent litige ne saurait lier la ZURICH. Elle a persisté pour le surplus dans ses conclusions.
16. Par courrier du 27 juillet 2007, le recourant a également persisté dans les conclusions de son recours.
17. Par ordonnance du 27 août 2007, le Tribunal de céans a commis le Dr E_____ aux fins d'expertiser le recourant et de déterminer notamment la causalité naturelle au-delà du 31 juillet 2006, s'agissant de l'accident du 28 septembre 2005.
18. Par courrier du 30 août 2007, l'intimée s'est étonnée du choix de l'expert qui avait déjà examiné à trois reprises le recourant, lors d'expertises ensuite de son premier accident. La désignation d'un expert moins impliqué serait préférable.
19. Par courrier du 5 septembre 2007, le Tribunal de céans a expliqué à l'intimée que le choix s'était porté sciemment sur le Dr E_____, médecin le mieux à même de porter un avis sur l'évolution du genou du recourant, courrier que l'intimée n'a plus contesté.
20. L'expert a rendu son rapport le 27 février 2008. Il avait reçu l'assuré le 18 janvier 2008 et a diagnostiqué un status après luxation ou subluxation de la rotule gauche

avec arrachement de l'insertion de l'aileron rotulien interne au niveau de la rotule, et fracture à cet endroit en 2001; une entorse sévère du genou gauche avec probable lésion partielle du ligament croisé antérieur en 2006, ainsi qu'une arthrose fémoro-rotulienne encore modérée en développement depuis 2001. L'expert a expliqué que l'assuré avait été victime d'un premier accident en 2001 qui avait laissé des séquelles au niveau du genou gauche, séquelles qui constituaient à l'évidence un état antérieur certain. Sur ce terrain, un nouvel accident s'était produit le 28 septembre 2005 au niveau du même genou. Le patient se trouvait alors à Bucarest et s'était rendu immédiatement après son accident à l'Hôpital d'Urgences de cette ville. Trois certificats manuscrits, écrits en roumain, avaient été établis. Ils avaient été traduits. L'expert considérait, ce qui était généralement admis, que les premières constatations médicales, lors du premier examen, étaient déterminantes. Il avait soumis ces certificats en roumain à une médecin de Genève, parlant le roumain, qui avait fait une autre traduction du premier certificat. En effet, le terme "reversat" signifiait épanchement et non "reversé", ce qui amenait un éclairage nouveau sur l'atteinte de 2005. De l'avis de l'expert, il s'était agi d'une entorse sévère du LCA, au stade 2 (rupture interstitielle de fibres avec perte de fonction et réaction particulière par hémarthrose et instabilité minime ou modérée), conforme à la description de Campbell's Operative Orthopaedics. L'expert a ensuite expliqué pourquoi il retenait ce diagnostic, en éliminant d'autres diagnostics possibles. En réponse aux questions, il a indiqué que la date exacte de la fin du lien de causalité naturelle entre l'atteinte du genou gauche et l'accident du 28 septembre 2005 ne pouvait avoir de réponse précise. La seule réponse qu'il pouvait apporter était que ce lien de causalité n'était certainement pas encore éteint à fin mars 2006. On pouvait cependant admettre une fin de causalité au plus tôt au moment où le patient avait repris son travail à 100% c'est-à-dire au plus tôt au 1^{er} août 2006. Dès lors, le lien de causalité naturelle existait au-delà du 31 janvier 2006. Pour sa part, il estimait que ce lien de causalité était en tout cas probable, sinon certain, avec un degré de vraisemblance prépondérante.

21. Dans des observations après expertise du 2 avril 2008, le recourant a constaté que le rapport du Dr H_____ ne souffrait aucune contestation. Il avait en effet mené à bien la mission d'expertise qui lui était confiée. Le recourant a par ailleurs relevé que les renseignements médicaux contenus dans le dossier de la VAUDOISE étaient particulièrement pauvres, peu détaillés et peu précis. Enfin, il a souligné le fait que le premier certificat médical émanant de l'Hôpital d'Urgences de Bucarest était prépondérant et seul déterminant, selon l'expert. Il avait d'ailleurs été établi par un spécialiste en orthopédie et traumatologie compétent. Ce médecin avait en réalité diagnostiqué une entorse sévère du genou gauche avec épanchement intra-articulaire important. Ce fait était d'une importance capitale et avait échappé au Dr C_____. Pour le surplus, le recourant a persisté dans ses conclusions.

22. Dans des observations du 12 mars 2008, la ZURICH s'est référée au rapport d'expertise du Dr E_____, qui avait pleine valeur probante, et a convenu que le lien de causalité avait disparu au plus tôt le 1^{er} août 2006, au moment où le recourant avait repris le travail à 100%. L'expert avait relevé de manière précise pourquoi l'appréciation du Dr C_____ était erronée, soit en raison d'une mauvaise traduction du diagnostic.
23. Par courrier du 19 mars 2008, la VAUDOISE a indiqué qu'elle avait pris bonne note du rapport d'expertise du Dr E_____ ; elle n'avait pas de détermination complémentaire à déposer.
24. Sur ce, et par courriers du 7 avril 2008, 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 genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Il connaît également en instance unique des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (art. 56 V al. 1 let. c LO).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-accidents. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'événement accidentel s'est produit en septembre 2005, la LPGA est applicable au cas d'espèce (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du TFA y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable à la forme (art. 106 LAA en dérogation à l'art. 60 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2006).
4. Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par l'assuré ensuite de son accident de septembre 2005 peuvent donner droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2006, soit si le lien de causalité naturelle entre les troubles présentés et l'accident peut être reconnu.
5. a) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let. c LAA), sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références).

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 (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d et les références). 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 338 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 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, n° 141). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur la base du critère de la vraisemblance

prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 no U 363 p. 46 ; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

b) Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références) . Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement être mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge, non au médecin, d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 112 ss consid. 3a, 123 V 100 ss consid. 3, 122 V 417 ss consid. 2c).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c; 105 V 158 consid. 1).

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a; 122 V 160 consid. 1c et les références).

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. 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. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

7. Se trouvent notamment au dossier des attestations des médecins traitants, des avis des médecins conseils ainsi qu'une expertise du Dr H_____ de février 2008, qui tranche la question du lien de causalité naturelle entre l'accident et les atteintes présentées.

Il s'agit tout d'abord de déterminer si cette expertise a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale, et si le Tribunal peut s'appuyer sur ses conclusions. En l'occurrence, l'expert, privat docent à la faculté de médecine et spécialiste en orthopédie et chirurgie FMH, a examiné les pièces médicales à sa disposition, il a posé des diagnostics précis, en expliquant pourquoi il se fondait sur tel ou tel diagnostic plutôt que sur tel autre, il a examiné le recourant et pris en considération ses plaintes, son rapport est très précis et très complet, bien qu'il ne comporte pas d'anamnèse, enfin ses conclusions sont bien motivées et convainquent. Dès lors, elles seront suivies par le Tribunal de céans.

Il convient ici de relever que les conclusions de cet expert ne sont pas contestées par les parties, puisque le recourant s'y réfère expressément, de même que l'appelée en cause et que l'intimée indique qu'elle a pris note du rapport d'expertise et qu'elle n'a pas de détermination complémentaire à déposer, restant dans l'attente d'un jugement.

8. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que le recourant présente suite à son deuxième accident, de septembre 2005, une entorse sévère du genou gauche

avec probable lésion partielle du ligament croisé antérieur. L'expert explique que le premier certificat du médecin orthopédiste de Bucarest a été mal traduit, ce qui a selon lui provoqué une confusion, des conclusions erronées et le présent litige. En effet, le recourant a été victime d'une entorse sévère du genou gauche avec épanchement intra-articulaire important, et non pas "d'une entorse sévère du genou gauche reversé intra-articulaire important", ce qui ne signifie médicalement rien. Selon l'expert, la fin de la causalité naturelle date au plus tôt du moment où le patient a repris son travail à 100 %, soit au plus tôt au 1^{er} août 2006. Le lien de causalité est en tout cas probable, sinon certain, avec un degré de vraisemblance prépondérante. Les atteintes au genou ont eu une répercussion sur la capacité de travail jusqu'au 1^{er} août 2006.

Ainsi, il découle de ces constatations que le recourant a droit à des indemnités journalières jusqu'au 31 juillet 2006, basées sur le gain assuré, tant au niveau de l'assurance-accidents obligatoire, qu'au niveau de l'assurance-accidents complémentaire, pour cette dernière sur la base du contrat établi selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance et sur la police d'assurance.

9. Le recours, bien fondé, sera dès lors admis. Le recourant qui obtient gain de cause aura droit à des dépens.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 30 novembre 2006 de l'intimée.
4. Constate que le recourant a droit à des indemnités journalières jusqu'au 31 juillet 2006, basées sur le gain assuré, tant au niveau de l'assurance-accidents obligatoire, qu'au niveau de l'assurance-accidents complémentaire.
5. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 1'800 fr. à titre de dépens.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste : Frédérique GLAUSER

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