

## **GE\_GERICHTE A/2834/2010 vom 2. Februar 2011**

GE Cour de justice, 2011-02-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2834\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2834_2010)

FR: GE\_GERICHTE A/2834/2010 du 2 février 2011

IT: GE\_GERICHTE A/2834/2010 del 2 febbraio 2011

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.02.2011  
A/2834/2010

A/2834/2010 ATAS/122/2011 du 02.02.2011 ( LAA ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2834/2010  
ATAS/122/2011 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES  
du 2 février 2011 5 ème Chambre En la cause Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à Genève,  
représenté par ASSUAS Association suisse des assurés recourant contre GROUPE  
MUTUEL ASSURANCES GMA SA, sis rue du Nord 5, 1920 Martigny intimée EN FAIT  
Monsieur A\_\_\_\_\_, né en 1967, travaille dans la gestion de l'information pétrolière  
auprès de X\_\_\_\_\_ SA. A ce titre, il est assuré contre le risque d'accidents auprès de  
GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après: l'assureur-accidents, puis  
l'intimée). Le 14 mai 2008, son employeur annonce un accident survenu le 17 mars 2008.  
Concernant le déroulement de celui-ci, il indique que l'assuré a chuté avec sa moto. Il n'est  
pas allé tout de suite chez le médecin. Cette chute a provoqué une déchirure du ménisque du  
genou gauche, mais n'a pas entraîné une incapacité de travail. Était annexée à cette  
déclaration d'accident une prescription de physiothérapie établie par le Dr L\_\_\_\_\_ du  
18 mars 2008 pour une gonalgie gauche suite à une maladie. Le 16 mai 2008, une IRM du  
genou gauche est pratiquée. A titre d'indication de cet examen, il est mentionné "gonalgie  
de longue date". Selon les conclusions du radiologue, cet examen est dans les limites  
normales. Le 23 mai 2008, l'assuré retourne à l'assureur-accidents un questionnaire  
concernant l'accident survenu. Il y indique être tombé au parking de son lieu de travail, en  
allant parquer sa moto. Il a ressenti des douleurs deux jours après l'accident et est allé voir le  
médecin pour la première fois le 19 mars 2008. Celui-ci lui a prescrit des séances de  
physiothérapie. Selon le rapport du 29 mai 2008 du Dr L\_\_\_\_\_, il a donné les  
premiers soins le 19 mars 2008, pendant les heures de consultation. Le patient a fait une  
chute à moto deux jours auparavant qui a provoqué des contusions du genou gauche. Le Dr  
L\_\_\_\_\_ constate une tuméfaction avec œdème au genou et des douleurs à la  
palpation. Selon la fiche téléphonique du 10 juin 2008 de l'assureur-accidents, relative à un  
entretien avec l'assuré du même jour, celui-ci a consulté le 9 juin 2008 un orthopédiste qui  
lui a indiqué, sur la base des radiographies et de l'IRM, qu'il n'avait rien. Le traitement est  
terminé. Le 18 juillet 2008, lors d'un match de football, l'assuré se déchire le ligament croisé  
antérieur du genou droit qui nécessite une opération en date du 10 septembre 2010,  
pratiquée par le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de  
l'appareil locomoteur. Le 31 août 2009, l'assuré subit un nouvel accident. Selon le résumé  
de consultation au Centre d'Accueil et d'Urgences de la même date, il s'agit d'un accident  
sur la voie publique moto contre voiture, à 50 km/h, lors duquel l'assuré fait un vol plané et  
se réceptionne sur les genoux. A titre de diagnostics sont mentionnés des contusions aux  
genoux et à la main gauche. Le 2 septembre 2009, l'employeur annonce cet accident, en

indiquant que l'assuré circulait à moto lorsqu'une voiture lui a coupé la route. Il présente des égratignures et une entorse des genoux et des poignets. Le 9 septembre 2009, l'assuré est opéré au poignet gauche par le Dr M\_\_\_\_\_. La conclusion relative à l'arthro-IRM de la hanche gauche, effectuée le 7 octobre 2009, est la suivante: "Pas d'évidence de contusion ou de fracture post-traumatique. Epaulement à la jonction cervico-céphalique antéro-supérieure prédisposant au conflit fémoro-acétabulaire de type CAM. Déchirure du labrum antéro-supérieur s'étendant quasiment jusqu'en postéro-supérieur avec mise à nu de l'os sous-chondral à la jonction labro-cartilagineuse s'étendant dans le sens latéral sur 3mm. Quasi mise à nu de la partie la plus latérale du revêtement cartilagineux de la tête fémorale." A la même date, une IRM du genou gauche est également pratiquée. La conclusion du rapport y relatif est la suivante: "Hypersignal STIR et DP FAT SAT touchant le versant postérieur du condyle fémoral externe et la partie inféro-externe de la rotule compatible avec des zones de contusions osseuses post-traumatiques. Lame de liquide intra-articulaire. Signes de bursite prérotulienne. Zone d'infiltration non spécifique de la partie centrale de la graisse de Hoffa présentant une extension cranio-caudale de 15mm." Le 25 novembre 2009, l'assuré est opéré, par arthroscopie, de la hanche et du genou gauches par le Dr M\_\_\_\_\_. Dans son rapport opératoire, ce médecin pose les diagnostics suivants: Lésion instable du labrum antérieur et antéro-supérieur de la hanche gauche (accident de moto le 18.07.08). Lésion cartilagineuse de IV.° proximale de la fossette cotyloïdienne sur 2 x 1cm. Lésions cartilagineuses instables de II.° de la tête fémorale en juxta-lésionnel labral sur 1cm de diamètre. Corps cartilagineux intra-articulaires libres. Synovite juxta-lésionnelle. Impingement fémoro-acétabulaire antérieur et antéro-supérieur de type CAM. Lésions cartilagineuses instables de II.° de la facette rotulienne interne sur 2cm de diamètre du genou gauche. Lésions cartilagineuses instables de II.° du versant antéro-interne du condyle interne sur 2cm de diamètre. Lésion du bord libre de la partie moyenne du ménisque externe. Corps cartilagineux intra-articulaires libres. Synovites juxta-lésionnelles. Le 14 décembre 2009, un inspecteur de l'assureur-accidents a un entretien avec l'assuré. Celui-ci indique avoir repris son travail à 100 % dès le 9 décembre 2009. Concernant les circonstances de l'accident, il explique que, lors de la collision, il a fait un vol plané sur plusieurs mètres. Sa chute a été amortie par l'impact du genou gauche. C'est ce membre qui a été le plus touché lors de l'accident. Actuellement, l'assuré ne ressent plus de douleurs particulières au niveau du genou gauche et sa mobilité s'est considérablement améliorée. La seule douleur qu'il ressent encore se situe au niveau de la hanche gauche, à laquelle il ressentait des douleurs depuis une année déjà. Le choc a certainement entraîné une torsion de l'articulation. Cependant, selon l'assuré, tout ce qui concerne la hanche doit être pris en considération comme maladie. Il précise que s'il a toujours ressenti une petite douleur au niveau de la hanche, ce n'était pas le cas pour le genou avant l'accident. Le Dr M\_\_\_\_\_ a par ailleurs profité de l'opération du genou gauche pour également opérer la hanche, afin qu'il n'y ait qu'une seule narcose. Par décision du 9 février 2010, l'assureur-accidents met fin au traitement des lésions du genou gauche au 24 novembre 2009, en considérant que les suites de l'accident ont pris fin au plus tard définitivement à cette date. En ce qui concerne la hanche gauche, l'assureur-accidents refuse de prendre en charge les traitements, niant un lien de causalité entre cette atteinte et l'accident. A cet égard, il indique que cette blessure n'a pas été annoncée sur la déclaration d'accident. Le 16 février 2010, l'assuré forme opposition à cette décision. Il allègue ne jamais avoir ressenti de douleurs au genou gauche ni à la hanche gauche avant l'accident. Lors de cet événement, il a été éjecté à une dizaine de mètres et a atterri sur son genou gauche. Quelques jours après

l'accident, il a commencé à souffrir de fortes douleurs au genou et à la hanche gauches. Par ailleurs, les examens médicaux, sur la base desquels l'opération a été décidée, datent du 7 octobre 2009, soit à un moment où la relation de causalité était encore admise par l'assureur-accidents. Le 19 février 2010, le Dr M\_\_\_\_\_ certifie que la lésion instable du labrum antérieur et antéro-supérieur de la hanche gauche et les lésions au genou sont en rapport avec les accidents des 17 mars 2008 et 31 août 2009. Il précise que le patient n'a jamais souffert de douleurs ni de son genou ni de sa hanche avant ces accidents et que les radiographies du bassin de face et de la hanche gauche axiale ne montrent pas de signe dégénératif. L'assureur-accidents soumet le dossier de l'assuré au Dr N\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 26 avril 2010, celui-ci relève que les images de l'arthro-IRM du 7 octobre 2009 de la hanche gauche, la description faite lors de l'intervention du 25 novembre 2009 et les clichés arthroscopiques de cette intervention parlent en faveur de lésions malades de type conflit fémoro-acétabulaire. Il n'y a aucun événement évoquant une atteinte traumatique de la hanche gauche. Il retient le diagnostic de contusion simple de cette hanche et que le statu quo sine a été rétabli dans les quatre semaines. Une relation de causalité entre l'événement du 31 août 2009 et les diagnostics ayant motivé l'arthroscopie est exclue. Concernant le genou gauche, il explique qu'il y a des images de contusion osseuse de la rotule et du condyle fémoral externe sur l'IRM du 7 octobre 2009. Le diagnostic est une contusion du genou gauche avec contusions osseuses. Le statu quo sine est habituellement rétabli, pour une telle contusion, dans les six à huit semaines. Très fréquemment, un œdème médullaire est constaté encore plusieurs semaines après une contusion osseuse; il n'y a, habituellement, aucune conséquence clinique et thérapeutique. Le traitement de ce type de lésion est symptomatique et ne nécessite en aucun cas un traitement chirurgical. Les images de fissurations cartilagineuses décrites sur l'IRM sont d'aspect banal, d'origine malade et se rencontrent très fréquemment chez un assuré de cet âge. Par ailleurs, les images photographiques réalisées lors de l'arthroscopie ne parlent pas en faveur d'une lésion traumatique ni au niveau du cartilage rotulien ou fémoral, ni au niveau du bord libre du ménisque externe. Le Dr N\_\_\_\_\_ estime ainsi qu'une relation de causalité entre l'accident du 31 août 2009 et les diagnostics de déchirure du bord libre du ménisque externe et des lésions cartilagineuses est tout au plus possible. L'affirmation de l'assuré dans son opposition du 16 février 2010, selon laquelle il n'aurait jamais ressenti des douleurs au genou gauche ni à la hanche gauche, est inexacte, dès lors qu'il a déjà bénéficié d'une IRM du genou gauche en mai 2008 pour gonalgies de longue durée et qu'il a mentionné à l'inspecteur des sinistres, lors de l'entretien du 14 décembre 2009, qu'il souffrait de douleurs de la hanche gauche depuis une année environ. Par décision du 29 juin 2010, l'assureur-accidents rejette l'opposition de l'assuré, en se fondant sur le rapport du Dr N\_\_\_\_\_. Le 26 juillet 2010, le Dr M\_\_\_\_\_ répond à un certain nombre de questions du conseil de l'assuré. Il précise que celui-ci a subi, le 17 mars 2008, un traumatisme de son genou et de sa hanche gauches, en voulant retenir sa lourde moto basculant vers la gauche. Le 18 juillet 2008, l'assuré a refait un accident où son genou droit a été atteint et il a dû être opéré pour une plastie du ligament croisé antérieur. A la suite de l'accident du 31 août 2009, l'assuré a présenté une fracture du scaphoïde du poignet gauche, nécessitant une opération, ainsi que des contusions et dermabrasions des genoux des deux côtés et de la métacarpo-phalangienne III de la main droite. Les douleurs à la hanche gauche consécutives à ces trois accidents se sont péjorées, motivant l'indication opératoire. Le Dr M\_\_\_\_\_ estime que les lésions instables du labrum antérieur et antéro-supérieur de la hanche gauche, ainsi que la lésion cartilagineuse instable de II.° de la

tête fémorale en juxta-lésionnel labral sont à mettre sur le compte des traumatismes répétitifs; par contre l'impingement fémoro-acétabulaire antérieur et antéro-supérieur de type CAM n'est pas dû à ces traumatismes. Contrairement au médecin-conseil de l'assureur-accidents, le Dr M \_\_\_\_\_ est par ailleurs de l'avis que les contusions osseuses du genou gauche sont un signe indirect reconnu pour des lésions cartilagineuses traumatiques. En l'absence de signe de lésions cartilagineuses dégénératives, ni de la trochlée, ni des cartilages fémoro-tibial interne et externe, les lésions de la facette rotulienne interne et du condyle interne sont d'origine traumatique. Le 24 août 2010, l'assuré recourt contre la décision sur opposition de l'assureur-accidents, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi des prestations de l'assureur-accident au-delà du 24 novembre 2009. Préalablement, il demande l'audition du Dr M \_\_\_\_\_ et des enquêtes. En se fondant sur le rapport de ce praticien, il fait valoir que le lien de causalité entre les lésions à la hanche gauche et au genou gauche, d'une part, et l'accident, d'autre part, existe. Le 20 septembre 2010, le Dr N \_\_\_\_\_ rend un nouveau rapport, sur la base du dossier médical du recourant. Concernant la hanche gauche, il relève que le recourant souffre d'un conflit fémoro-acétabulaire, soit d'une pathologie morphologique, dégénérative et strictement malade résultant d'un conflit entre l'acétabulum et le fémur proximal. Ce conflit mécanique engendre des forces de compression et de cisaillement et entraîne des lésions du labrum et du cartilage. Au fil du temps, cette pathologie évolue vers une arthrose de la hanche. Le conflit fémoro-acétabulaire de type CAM, dont est affecté le recourant, provoque une anomalie de la jonction tête-col du fémur qui engendre un conflit entre le col du fémur, le labrum et le bord antérieur de l'acétabulum lors des mouvements de flexion-adduction-rotation interne. Il en résulte des lésions du labrum, par compression, plus ou moins étendues, comme c'est le cas chez l'assuré. L'incongruence articulaire, résultant d'un enclavement d'une tête fémorale asphérique dans un acétabulum sphérique, provoque aussi des forces de cisaillement entraînant des lésions cartilagineuses et de l'os sous chondral juxta-labral, comme on les retrouve également chez l'assuré. L'arthro-IRM du 7 octobre 2009 confirme la présence de ces lésions et ne montre pas d'image traumatique. Le traitement chirurgical comprend, outre la suppression du conflit osseux, la suture de la lésion du labrum ou sa résection et le traitement des lésions cartilagineuses par débridement et résection des lambeaux cartilagineux, ce qui a été pratiqué chez le recourant. L'origine traumatique d'une lésion du labrum et/ou du cartilage de la hanche est rare. Elle concerne habituellement des patients jeunes, sans symptomatologie avant l'événement. Ces lésions s'accompagnent d'une impotence fonctionnelle majeure et immédiate du membre inférieur et de douleurs particulièrement importantes, nécessitant une hospitalisation en urgence et une prise en charge chirurgicale rapide. Chez le recourant, aucun de ces éléments pouvant évoquer une origine traumatique de ces lésions n'a été retrouvé. Il a subi une contusion simple de la hanche dont le traitement est symptomatique et ne nécessite pas de traitement chirurgical. Le statu quo sine est rétabli généralement dans les quatre semaines. S'agissant du genou gauche, le Dr N \_\_\_\_\_ expose que les lésions cartilagineuses du genou sont très fréquentes, dès lors qu'elles sont découvertes fortuitement chez deux tiers des patients bénéficiant d'une arthroscopie. Selon un auteur de la littérature médicale, l'incidence des lésions chondrales est de 63 % sur plus de 30'000 arthroscopies du genou. Ces lésions sont d'origine dégénérative ou résultent de lésions dystrophiques. Différents stades de ces lésions sont distingués. Le stade II correspond aux fissurations et fragmentations du cartilage. A partir du stade III, on constate la présence des lésions en miroir. Le recourant présente un stade II. L'origine traumatique des lésions cartilagineuses est rare et elles sont

habituellement reconnues à l'IRM, ce qui n'est pas le cas chez le recourant. Les photographies montrent des fissurations et des effilochements du cartilage, ce qui est caractéristique d'une pathologie dégénérative. De plus, dans le cas d'une atteinte traumatique du cartilage, on doit retrouver à l'IRM des zones de contusion osseuse (hyper-signal) en regard des lésions cartilagineuses. Or, chez le recourant, les zones de contusion osseuse se trouvent à l'opposé des lésions cartilagineuses (hyper-signal touchant le versant postérieur du condyle fémoral externe du condyle interne et hyper-signal de la partie inféro-externe de la rotule, alors que la lésion cartilagineuse se trouve sur la facette interne de la rotule). Le Dr N\_\_\_\_\_ en conclut qu'il s'agit de chondropathies dégénératives découvertes fortuitement lors de l'arthroscopie. Par ailleurs, le ménisque externe ne présente pas de lésion transfixiante ni de désinsertion évoquant une lésion traumatique. Il paraît normal sur la résonance magnétique du genou gauche du 7 octobre 2009, sans lésion pouvant correspondre à un stade III. Les diverses descriptions et classifications des lésions traumatiques ne correspondent pas à ce qui est décrit chez le recourant. Il n'y a aucune image de lésion traumatique sous forme de déchirure verticale ni de lésion radiale ou de lambeau méniscal. L'irrégularité du bord libre du 1/3 moyen du ménisque externe gauche, qui paraît discrètement effiloché sur les photographies per-opératoires, correspond à un début de dégénérescence, ce qui est banal chez un assuré de 43 ans. L'aspect effrangé et filoché correspond au stade I et ne nécessite pas de traitement chirurgical. En ce que le Dr M\_\_\_\_\_ mentionne l'ablation de corps cartilagineux intra-articulaires libres, dans son rapport opératoire du 25 novembre 2009, le Dr N\_\_\_\_\_ estime que leur présence résulte du débridement arthroscopique de cartilage et qu'il est habituel d'en retrouver après ce type de geste chirurgical. Ces corps libres étaient absents avant cette intervention, puisqu'ils ne sont visibles ni sur l'IRM du 7 octobre 2009 ni sur les photographies per-opératoires du 25 novembre 2009. Enfin, le statu quo sine après une contusion du genou est habituellement rétabli dans les six à huit semaines. Dans sa réponse du 20 octobre 2010, l'intimée conclut au rejet du recours. Il relève que, sur la déclaration d'accident du 14 mai 2008, aucune allusion n'est faite à un problème de hanche. Le Dr L\_\_\_\_\_ ne mentionne pas non plus un éventuel problème à cette articulation. Par ailleurs ce médecin a prescrit, un jour avant la consultation du 19 mars 2008, suite à l'accident du 17 mars 2008, neuf séances de physiothérapie en raison de gonalgies gauches, tout en indiquant qu'il s'agissait d'un cas de maladie. On ne saurait dès lors admettre que le recourant n'a jamais souffert de son genou gauche avant l'accident. Le recourant a en outre déclaré, lors de l'entretien avec l'inspecteur de sinistres en date du 14 décembre 2009, ressentir des douleurs à la hanche gauche depuis environ une année, soit depuis décembre 2008, donc bien après l'accident du 17 mars 2008. Pour le surplus, l'intimée se fonde sur le rapport du Dr N\_\_\_\_\_ précité. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Jusqu'au 31 décembre 2010, 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). Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient 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 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60

LPGA). Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'intimée en raison des atteintes à la santé qu'il présente encore postérieurement au 24 novembre 2009. Plus particulièrement, il convient de déterminer si ces atteintes sont en relation de causalité avec les accidents du 17 mars et 18 juillet 2008, ainsi que du 31 août 2009. 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. 2 al. 2 LAMal; art. 9 al. 1 OLAA, dans leur teneur en vigueur au moment de l'événement du 2 septembre 2000; cf. ATF 127 V 466, consid. 1 p. 467). b) Un rapport de causalité naturelle (et adéquate) est nécessaire entre l'atteinte à la santé et l'événement accidentel. La condition du rapport de causalité naturelle est remplie lorsque sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV [Meyer, édit.], 2ème éd., Bâle, Genève, Munich 2007, no 79 p. 865). A cet égard, la constatation que l'assuré était asymptomatique avant l'accident repose sur le principe "post hoc, ergo propter hoc", lequel est impropre à établir un rapport de cause à effet entre un accident assuré et une atteinte à la santé (ATF 119 V 341). c) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat apparaissant 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). Selon la jurisprudence, si le rapport de causalité avec l'accident est établi selon la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (ATFA non publié du 7 juillet 2004 en la cause U 179/03 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2). d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu

même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine; cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., no 80 p. 865). Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves (art. 61 let. c LPGA; art. 95 al. 2 OJ, en relation avec les art. 113 et 132 OJ). Mais si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 352 consid. 3a). L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème éd., p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence). Aussi n'existe-t-il pas en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 n° U 349, p. 478 consid. 2b ; ATF A non publié du 25 juillet 2002 en la cause U 287/01). C'est le lieu de rappeler que, selon la jurisprudence, une expertise médicale établie uniquement sur la base d'un dossier n'a de valeur probante que pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 no U 438 p. 346 consid. 3d). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée. Cela dit, le simple fait qu'un rapport médical est établi à la demande d'une partie ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. Le juge examinera si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal (ATF 125 V 352 ss consid. 3b). Si les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le litige, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est superflue et le juge peut s'en dispenser par appréciation anticipée des preuves (ATF 130 II 425 consid. 2.1 p. 428/429), dans le respect du droit d'être entendu de l'assuré. En l'espèce, en ce qui concerne le lien de causalité entre les atteintes à la hanche gauche et les accidents survenus, les avis du Dr M\_\_\_\_\_ et du Dr N\_\_\_\_\_ s'affrontent. Le premier médecin estime que les lésions instables du labrum antérieur et antéro-supérieur de la hanche gauche, ainsi que la lésion cartilagineuse instable de II. de la tête fémorale sont à mettre sur le compte des traumatismes répétitifs. Il admet toutefois que l'impingement fémoro-acétabulaire n'y est pas lié. Cet avis est contredit par le Dr N\_\_\_\_\_, selon lequel le conflit fémoro-acétabulaire, une pathologie dégénérative, engendre, par compression, des lésions du labrum et du cartilage et évolue avec le temps vers une

arthrose. L'arthro-IRM le confirme et ne montre pas d'image traumatique. Par ailleurs, l'origine traumatique d'une lésion du labrum et/ou du cartilage de la hanche est rare et de telles lésions s'accompagnent d'une impotence fonctionnelle majeure et immédiate du membre inférieur avec des douleurs particulièrement importantes, nécessitant une hospitalisation en urgence et une prise en charge chirurgicale rapide. Chez le recourant, aucun de ces éléments pouvant évoquer une origine traumatique de ces lésions n'a été retrouvé. Ce dernier a subi une contusion simple de la hanche dont le traitement est symptomatique et ne nécessite pas de traitement chirurgical. Le statu quo sine est rétabli généralement dans les quatre semaines. L'appréciation du Dr N\_\_\_\_\_ emporte la conviction de la Cour de céans. En effet, les deux médecins admettent un conflit fémoro-acétabulaire de type CAM de la hanche. Or, le Dr M\_\_\_\_\_ n'explique pas quelles lésions une telle pathologie a engendré dans le cas du recourant et pourquoi les lésions constatées ne seraient pas la conséquence de ce conflit. Ce médecin se contente d'affirmer une relation de cause à effet entre ces atteintes et les trois accidents survenus. Quant au Dr N\_\_\_\_\_, ses explications détaillées concernant le mécanisme de lésion du labrum et du cartilage lors d'un tel conflit sont claires et convaincantes. Par ailleurs, aucun médecin n'a signalé des problèmes de hanches à la suite des accidents survenus, alors même qu'avec un traumatisme à ce niveau, le recourant aurait dû être très handicapé immédiatement et souffrir de fortes douleurs, ce qui n'était pas le cas. De surcroît, le recourant lui-même a déclaré à l'inspecteur de sinistre de l'intimée en date du 14 décembre 2009 qu'il avait toujours ressenti une petite douleur à la hanche et donc déjà avant l'accident. Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre que les atteintes à la hanche gauche ne sont pas dans un rapport de causalité avec les accidents survenus, au degré de la vraisemblance prépondérante. En ce qui concerne le genou gauche, les avis des deux médecins précités divergent également. Le Dr M\_\_\_\_\_ admet un rapport de causalité avec les trois accidents au motif que les contusions osseuses qu'a subies le genou gauche sont un signe indirect reconnu pour des lésions cartilagineuses traumatiques et qu'il n'y a pas de signe de lésions cartilagineuses dégénératives ni de la trochlée ni des cartilages fémoro-tibial interne et externe. Selon le Dr N\_\_\_\_\_, l'origine traumatique des lésions cartilagineuses est rare et elles sont habituellement reconnues à l'IRM, ce qui n'est pas le cas chez le recourant. Il n'y a aucune image de lésion traumatique sous forme de déchirure verticale ni de lésion radiale ou de lambeau méniscal. Les photographies montrent des fissurations et des effilochements du cartilage, caractéristiques d'une pathologie dégénérative. De plus, dans le cas d'une atteinte traumatique du cartilage, on doit retrouver à l'IRM des zones de contusion osseuse (hyper-signal) en regard des lésions cartilagineuses. Or, chez le recourant, les zones de contusion osseuse se trouvent à l'opposé des lésions cartilagineuses. Le Dr N\_\_\_\_\_ en conclut qu'il s'agit de chondropathies dégénératives découvertes fortuitement lors de l'arthroscopie. Le statu quo sine après une contusion du genou est habituellement rétabli dans les six à huit semaines. Il convient par ailleurs de constater avec le Dr N\_\_\_\_\_ que le recourant semble déjà avoir souffert du genou gauche avant l'accident, dès lors que le Dr L\_\_\_\_\_ lui a prescrit le lendemain de l'accident du 17 mars 2008 une physiothérapie pour ce genou pour cause de maladie et que le recourant a indiqué avoir ressenti des douleurs seulement deux jours après cet accident et avoir consulté un médecin à ce moment, ce qui est confirmé par le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 29 mai 2008. Cet accident n'a en outre pas engendré une incapacité de travail. Il est également mentionné comme indication de l'IRM de ce genou pratiquée le 16 mai 2008 "gonalgies de longue date" Enfin, comme le relève à raison l'intimée, le recourant

s'était apparemment parfaitement remis de cet accident dans la mesure où il avait recommencé à jouer au football, le deuxième accident s'étant produit lors de l'exercice de ce sport. Dans ces conditions, il paraît exclu que cet événement ait provoqué des lésions cartilagineuses. S'agissant du deuxième accident, il n'est guère compréhensible que le Dr M\_\_\_\_\_ le mentionné comme cause des atteintes au genou gauche, cet événement ayant touché le genou droit. Quant au troisième accident, aucune lésion traumatique y consécutive n'a pu être constatée. De surcroît, les zones de contusion osseuse se trouvent à l'opposé des lésions cartilagineuses. Cela étant, au degré de la vraisemblance prépondérante, la Cour de céans juge la conclusion du Dr N\_\_\_\_\_ convaincante et écarte ainsi un lien de causalité entre les affections du genou gauche et les accidents survenus, notamment celui du 31 août 2009, postérieurement au 24 novembre 2009. Partant, l'intimée était fondée de mettre fin à ses prestations plus de deux mois et demi après ce dernier événement, le statu quo sine après une contusion du genou étant habituellement rétabli dans les six à huit semaines, selon le Dr N\_\_\_\_\_. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. 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 ; 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 moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Maryse BRIAND La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.