

# **GE\_GERICHTE ATAS/243/2025 vom 8. April 2025**

GE Cour de justice, 2025-04-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_243\\_2025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_243_2025)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/243/2025 du 8 avril 2025

IT: GE\_GERICHTE ATAS/243/2025 del 8 aprile 2025

## **Erwägungen**

### **E. 21**

mai 2023 à partir du 22 août 2023. La recourante se réfère pour sa part aux rapports établis par les médecins qu'elle a consultés et considère que l'intimée aurait dû procéder à des investigations complémentaires.

A/1139/2024 - 15/22 - 7.1 La chambre de céans relève au préalable que les parties ne contestent pas que l'événement du 21 mai 2023 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA, de sorte que seul l'art. 6 al. 1 LAA trouve application. 7.2 Elle rappelle ensuite que les différents avis médicaux au dossier s'accordent sur l'existence de troubles d'origine dégénérative, mais divergent quant au lien de causalité entre les déchirures méniscales et l'accident assuré. 7.2.1 Le Dr D\_\_\_\_\_ a considéré que l'accident avait provoqué une contusion du genou et aggravé de façon passagère l'état de santé de la recourante, qui présentait notamment une gonarthrose préexistante, sans provoquer de nouvelles lésions structurelles. La lésion méniscale complexe était probablement d'origine dégénérative et préexistante à la chute annoncée, et le statu quo sine avait été atteint le 21 août 2023 (cf. avis du 22 août 2023). Après avoir étudié les images de l'IRM, il a expliqué qu'il s'agissait d'une lésion complexe du ménisque interne avec une déchirure horizontale et une déchirure oblique, située en regard de zones d'abrasion des revêtements cartilagineux avec des lésions de grade IV. Il a en outre noté un fragment de ménisque luxé dans le récessus ménisco-tibial, et expliqué que cela témoignait d'un ménisque dégénératif qui avait perdu ses propriétés de résistance physique en rapport avec la chondropathie de grade IV du compartiment interne du genou. Il a également constaté un épanchement intra-articulaire modéré avec des signes de synovite chronique, et relevé que le Dr E\_\_\_\_\_ avait erronément mentionné un épanchement intra-articulaire abondant. Il a ajouté que ce médecin avait considéré que la chute avait aggravé une dégénérescence méniscale et qu'il s'agissait d'une aggravation passagère en l'absence de signe traumatique récent, au vu de l'état dégénératif préexistant du compartiment interne. Il en a conclu que l'événement avait mis en évidence des lésions qui n'étaient pas connues jusque-là (cf. avis du

### **E. 24**

octobre 2023). Dans son dernier rapport, il a cité un extrait de littérature (consensus « ESSKA ») puis a noté ne pas retenir de signe de contusion osseuse en faveur d'une lésion traumatique appuyée récente sur l'IRM. Il a estimé que les lésions de grade IV sur le compartiment interne avaient provoqué une lésion complexe de la corne postérieure du genou, ce qui était cohérent avec les références mentionnées par le Prof. G\_\_\_\_\_. Ainsi, il retenait un état antérieur dégénératif préexistant mis en évidence par la chute. Le genou avait été déstabilisé de façon temporaire et le traitement médical était justifié pour trois mois, au vu des antécédents (cf. rapport du 18 août 2024). 7.2.2 La chambre de céans constate que des doutes subsistent quant à la validité des conclusions du Dr D\_\_\_\_\_. En

effet, le Dr E\_\_\_\_\_ a considéré qu'il était « évident » que la chute avait aggravé une probable dégénérescence du ménisque de la recourante et qu'une corrélation entre la chute et l'aggravation du ménisque interne existait. Il a

A/1139/2024 - 16/22 - notamment relevé que le mécanisme décrit était une chute avec un trauma direct du genou gauche et une rotation associée, que l'intéressée avait rapidement présenté un épanchement intra-articulaire avec une douleur à la marche et une sensation d'instabilité, ce qui avait été observé à l'examen clinique (cf. rapport du

## **E. 28**

septembre 2023). Dans son second rapport, il a mentionné que la chute avait engendré une entorse de genou en flexion-rotation et que la patiente souffrait depuis lors de dérangement du compartiment interne et notait des accrochages et des blocages avec quelques épisodes de lâchage, avec une aggravation de la symptomatologie douloureuse et une diminution de sa capacité fonctionnelle. Au status, il avait notamment constaté un épanchement, une importante tuméfaction du genou, une douleur vive à la palpation de l'interligne fémoro-tibial interne. Le diagnostic consistait en une déchirure du ménisque interne du genou gauche et une laxité rotatoire postéro-médial de grade I à II à gauche. Eu égard à l'histoire de la patiente, à l'échec du traitement conservateur, à l'examen clinique et à l'imagerie, l'assurée souffrait de séquelles d'une entorse interne et postéro-interne avec une déchirure du ménisque interne (cf. rapport du 2 octobre 2023). Ces documents contiennent des éléments sur lesquels le Dr D\_\_\_\_\_ ne s'est pas déterminé. Il en va notamment ainsi de l'action vulnérante de l'événement, le médecin-conseil n'ayant pas fait état de la rotation associée au choc direct du genou. Il n'a pas non plus pris en considération l'absence d'accrochages, de blocages et de lâchages avant le sinistre, ni la laxité rotatoire diagnostiquée par le Dr E\_\_\_\_\_. En outre, le Dr F\_\_\_\_\_ a estimé qu'il s'agissait, d'après l'IRM, d'une lésion « d'allure traumatique » du ménisque interne avec plusieurs languettes mobiles dans l'articulation sur un ménisque dégénératif, ce qui avait été confirmé à l'arthroscopie, où il existait une languette luxée dans le récessus ménisco-tibial et une languette luxée dans le récessus postéro-tibial (cf. rapport du 29 mars 2024). Il semblerait donc que le Dr F\_\_\_\_\_ fasse une autre interprétation que le Dr D\_\_\_\_\_ de l'existence d'une luxation du ménisque dans le récessus ménisco- tibial. Enfin, le Prof. G\_\_\_\_\_ a souligné que le ménisque interne de la recourante présentait la structure de celui d'une femme de 48 ans, structure qui pouvait être lésée par un traumatisme adéquat, ce qui semblait être le cas. Il a par ailleurs encouragé le médecin-conseil à lire le consensus de l'« ESSKA » tant sur le ménisque traumatique que dégénératif publiée dans le « KSSTA (cf. rapport du 18 décembre 2023). Si ce document ne fait pas état d'indices décisifs, il atteste toutefois de l'opinion manifestement divergente de ce spécialiste. 7.2.3 Il sera encore relevé que le Dr D\_\_\_\_\_ s'est contenté de citer de brefs extraits de consensus « ESSKA » évoqué par le Prof. G\_\_\_\_\_, sans les discuter clairement. Selon ces extraits, les lésions méniscales dégénératives ont une

A/1139/2024 - 17/22 - pathogénie multifactorielle plus complexe que les déchirures traumatiques du ménisque. La localisation la plus courante d'une lésion méniscale dégénérative est le corps et/ou la corne postérieure du ménisque médial. Les lésions méniscales dégénératives typiques sont la lésion de clivage horizontal, la déchirure du lambeau ou la déchirure complète qui peut impliquer un lambeau typiquement dans la corne postérieure. Il est probable que les déchirures du ménisque radial aient également une origine dégénérative, bien que leur pathogénie soit plus incertaine. Ces informations sont

insuffisantes pour tirer des conclusions fiables sur l'existence ou non d'un rapport de causalité entre les lésions méniscales et l'accident assuré. Enfin, le médecin-conseil n'a pas du tout expliqué en quoi avait consisté l'aggravation « passagère » de la « dégénérescence méniscale », étant rappelé que plusieurs déchirures ont été constatées et qu'une intervention s'est révélée nécessaire. Il apparaît difficile de départager, sans connaissances médicales spécialisées, ces prises de position respectives, de sorte qu'une expertise se révèle nécessaire. 8. L'intimée a indiqué récuser le Prof. H\_\_\_\_\_, aux motifs qu'il travaillait au sein du Centre médical I\_\_\_\_\_ de la Clinique Hirslanden, pour laquelle travaillaient le Dr E\_\_\_\_\_ et le Prof. G\_\_\_\_\_, et qu'il n'était ni titulaire d'une certification SIM ni médecin chef de service d'un hôpital universitaire. 8.1 L'art. 36 al. 1 LPGA dispose que les personnes appelées à rendre ou à préparer des décisions sur des droits ou des obligations doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire ou si, pour d'autres raisons, elles semblent prévenues. Les motifs visés à l'art. 36 al. 1 LPGA sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_180/2013 du 31 décembre 2013 consid. 2.3). Les principes relatifs à la récusation en vertu de l'art. 10 al. 1 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA - RS 172.021) sont également applicables en matière de récusation au sens de l'art. 36 LPGA (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar, 2020, n. 6 ad art. 36 LPGA). L'art. 10 al. 1 PA prévoit la récusation des personnes appelées à rendre ou à préparer la décision doivent se récuser si elles ont un intérêt personnel dans l'affaire (let. a) ; si elles sont le conjoint ou le partenaire enregistré d'une partie ou mènent de fait une vie de couple avec elle (let. b) ; si elles sont parentes ou alliées d'une partie en ligne directe, ou jusqu'au troisième degré en ligne collatérale (let. c) ; si elles représentent une partie ou ont agi dans la même affaire pour une partie (let. d) ; si, pour d'autres raisons, elles pourraient avoir une opinion préconçue dans l'affaire (let. e).

A/1139/2024 - 18/22 - Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. La récusation d'un expert n'est pas limitée aux cas dans lesquels une prévention effective est établie, car une disposition interne de l'expert ne peut guère être prouvée ; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 139 III 433 consid. 2.1.2 et les références) ; les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont pas décisives (ATF 127 I 196 consid. 2b ; 120 V 357 consid. 3a). Les parties à une procédure ont le droit d'exiger la récusation d'un expert dont la situation ou le comportement sont de nature à faire naître un doute sur son impartialité. Cette garantie tend notamment à éviter que des circonstances extérieures à la cause ne puissent influencer le jugement en faveur ou au détriment d'une partie. Elle n'impose pas la récusation seulement lorsqu'une prévention effective est établie, car une disposition interne de l'expert ne peut guère être prouvée ; il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération ; les impressions individuelles d'une des parties au procès ne sont pas décisives (ATF 134 I 20 consid. 4.2 et les arrêts cités). Le Tribunal fédéral a jugé que l'appartenance à un même centre d'expertise, qui n'implique normalement pas une présence régulière dans les mêmes locaux, n'est pas de nature à favoriser des liens plus étroits que ceux pouvant exister entre des spécialistes qui se croisent à l'occasion hors de leur lieu de travail habituel. Il en va en revanche différemment de deux médecins qui travaillent tous les jours dans les mêmes locaux au sein d'un petit cabinet de groupe dont ils partagent les frais.

De tels contacts quotidiens doublés d'une communauté d'intérêts économiques à travers le partage des frais constituent des éléments objectifs suffisants - au vu des exigences élevées posées à l'impartialité des experts médicaux - pour faire naître à tout le moins une apparence de prévention lorsque l'un des associés est désigné comme expert par un assureur-accidents alors que son associé a déjà émis un avis médical sur le cas en tant que médecin-conseil dudit assureur (ATF 148 V 225 consid. 5.3). 8.2 La certification SIM imposée dorénavant à certains experts mandatés par les assureurs (art. 44 LPGA et 7m de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 [OPGA - RS 830.11]) n'apparaît pas pertinente dans le cadre d'une expertise judiciaire, ce d'autant qu'un délai de 5 ans est prévu pour son exigibilité selon les dispositions transitoires de la modification du 3 novembre 2021. 8.3 En l'occurrence, aucun élément de la procédure ne laisse penser que le Dr E\_\_\_\_\_ ou le Prof. G\_\_\_\_\_ pourraient interférer dans l'appréciation du Prof. H\_\_\_\_\_. Que ce dernier travaille pour une clinique appartenant au même groupe

A/1139/2024 - 19/22 - que celui pour lequel travaillent les deux autres médecins ne suffit pas à donner l'apparence d'une prévention, ni à faire redouter une activité partielle de l'expert. On relèvera en outre que le Centre médical I\_\_\_\_\_ dispose de locaux distincts de la Clinique Hirslanden. On ne se trouve donc manifestement pas dans la situation de médecins collaborant ensemble dans un petit cabinet. Il n'y a ainsi pas de motif justifiant un changement d'expert. 9. Partant, l'expertise judiciaire orthopédique est confiée au Prof. H\_\_\_\_\_. Les modifications de la mission d'expertise proposées par la recourante et l'intimée seront intégrées à celle-ci, dans la mesure de leur pertinence.

A/1139/2024 - 20/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préparatoirement : I. Ordonne une expertise médicale de la recourante et la confie au Prof. H\_\_\_\_\_, centre médical I\_\_\_\_\_, Genève.

Dit que la mission d'expertise sera la suivante : A. Prendre connaissance du dossier de la cause. B. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité la personne expertisée, notamment le Dr E\_\_\_\_\_, le Prof. G\_\_\_\_\_ et le Dr F\_\_\_\_\_. C. Examiner la personne expertisée et, si nécessaire, ordonner d'autres examens. D. Établir un rapport comprenant les éléments et les réponses aux questions suivants : 1. Anamnèse détaillée 2. Plaintes de la personne expertisée 3. Status et constatations objectives 4. Diagnostics 4.1 Avec répercussion sur la capacité de travail 4.1.1 Dates d'apparition 4.2 Sans répercussion sur la capacité de travail 4.2.2 Dates d'apparition 4.3 L'état de santé de la personne expertisée est-il stabilisé ? 4.3.1 Si oui, depuis quelle date ? 4.4. Les atteintes et les plaintes de la personne expertisée correspondent-elles à un substrat organique objectivable ? 5. Causalité 5.1 Les atteintes constatées sont-elles dans un rapport de causalité avec l'accident ? Plus précisément ce lien de causalité est-il seulement possible (probabilité de moins de 50%), probable (probabilité de plus de 50%) ou certain (probabilité de 100 %) ? 5.1.1 Veuillez motiver votre réponse pour chaque diagnostic posé.

A/1139/2024 - 21/22 - 5.1.2 Le statu quo ante a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident) ? Si oui, à partir de quel moment ? 5.1.3 Veuillez indiquer la date du statu quo ante pour chaque diagnostic posé. 5.2 L'accident a-t-il décompensé un état maladif préexistant ? 5.2.1 Si oui, à partir de quel moment le statu quo sine a-t-il été atteint (moment où l'état de santé de la personne expertisée est similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard, même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire) ? 5.3 L'arthroscopie réalisée le 17 novembre 2023 a-t-elle été justifiée par des troubles en lien de causalité avec l'accident assuré ? 6.

Limitations fonctionnelles 6.1. Indiquer les limitations fonctionnelles en relation avec chaque diagnostic. 6.1.1 Dates d'apparition 7. Capacité de travail 7.1 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans son activité habituelle, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident et comment cette capacité de travail a-t-elle évolué depuis l'accident ? Faut-il compter avec une diminution de rendement ? Si oui, de quel taux et quelle est finalement la capacité de travail exigible ? 7.1.1 Si la capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ? 7.2 Quelle est la capacité de travail de la personne expertisée dans une activité adaptée, compte tenu des seules atteintes en rapport de causalité (au moins probable - probabilité de plus de 50%) avec l'accident ? Faut-il compter avec une diminution de rendement ? Si oui, de quel taux et quelle est finalement la capacité de travail exigible ? 7.2.1 Si cette capacité de travail est seulement partielle, quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Depuis quelle date sont-elles présentes ? 8. Traitement 8.1 Examen du traitement suivi par la personne expertisée et analyse de son adéquation. 8.2 Propositions thérapeutiques et analyse de leurs effets sur la capacité de travail de la personne expertisée.

A/1139/2024 - 22/22 - 8.3 Peut-on attendre de la poursuite du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée ? 8.4 Si non, à partir de quel moment ne peut-on plus attendre de la continuation du traitement médical une notable amélioration de l'état de santé de la personne expertisée (état final atteint) ? 9. Atteinte à l'intégrité 9.1 La personne expertisée présente-t-elle une atteinte à l'intégrité définitive, en lien avec les atteintes en rapport de causalité au moins probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident ? 9.2 Si oui, quel est le taux applicable selon les tables de la SUVA ? 9.3 Si une aggravation de l'intégrité physique est prévisible, veuillez en tenir compte dans l'évaluation de l'atteinte à l'intégrité et l'expliquer en détaillant le pourcentage dû à cette aggravation, étant précisé que seules les atteintes à la santé en lien probable (probabilité de plus de 50%) avec l'accident doivent être incluses dans le calcul du taux de l'indemnité. 10. Appréciation d'avis médicaux du dossier 10.1 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr E\_\_\_\_\_ des 28 septembre et 2 octobre 2023 ? Si non, pourquoi ? Veuillez motiver votre réponse. 10.2 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr F\_\_\_\_\_ des 7 novembre 2023 et

## **E. 29**

mars 2024 ? Si non, pourquoi ? Veuillez motiver votre réponse. 10.3 Êtes-vous d'accord avec l'avis du Prof. G\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2023 ? Si non, pourquoi ? Veuillez motiver votre réponse. 10.4 Êtes-vous d'accord avec les avis du Dr D\_\_\_\_\_ des 24 octobre 2023 et 18 août 2024 ? Si non, pourquoi ? Veuillez motiver votre réponse. E. Invite l'expert à déposer son rapport en trois exemplaires dans les meilleurs délais auprès de la chambre de céans. F. Réserve le fond ainsi que le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond.

La greffière

Melina CHODYNIECKI

La présidente

Joanna JODRY

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