

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1139/2024

ATAS/243/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Ordonnance d'expertise du 8 avril 2025

Chambre 10

En la cause

A_____

recourante

Représentée par Maître Catarina MONTEIRO SANTOS

contre

BALOISE ASSURANCES SA,

intimée

Représentée par Maître Michel D'ALESSANDRI

Siégeant : Joanna JODRY, présidente.

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née le_____ 1975, a travaillé en qualité de sage-femme pour les hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG) dès le 1^{er} novembre 2000. À ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de LA BÂLOISE ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance).
- b.** Le 15 juin 2023, les HUG ont adressé à l'assurance une déclaration d'accident mentionnant que l'assurée avait raté une marche dans les escaliers et était tombée sur son genou gauche le 21 mai 2023. Elle avait ressenti de fortes douleurs et avait été en incapacité de travail du 22 au 29 mai 2023 et était à nouveau en arrêt depuis le 9 juin 2023.
- c.** L'assurée s'est soumise à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du genou gauche le 16 juin 2023. Dans son rapport y relatif établi le 19 juin 2023, la docteure B_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une déchirure complexe de la corne postérieure et du segment moyen du ménisque médial avec une subluxation d'une languette méniscale dans le récessus ménisco-tibial et des signes de conflits locaux, à une chondropathie de grade IV modérée en zone portante, à une petite déchirure du segment moyen du ménisque latéral, à une arthrose fémoro-patellaire évoluée et à un épanchement intra-articulaire modéré.
- d.** Le 4 juillet 2023, le docteur C_____, médecin en France, a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 22 mai 2023 et indiqué à l'assurance qu'un avis chirurgical avait été sollicité.
- e.** Dans une appréciation du 22 août 2023, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, a considéré que la lésion méniscale complexe était de façon probable d'origine dégénérative et préexistante à la chute annoncée. Il a notamment relevé que l'accident avait provoqué une contusion du genou et que l'assurée présentait une gonarthrose préexistante en voie de constitution. Son état de santé avait été aggravé de façon passagère par la chute, qui n'avait pas provoqué de nouvelles lésions structurelles. L'évènement avait cessé de déployer ses effets délétères trois mois après sa survenance et le *statu quo sine* avait été atteint le 21 août 2023. Enfin, le kit « pressurice » complet prescrit à l'assurée afin de refroidir l'articulation n'était pas à charge de l'assureur-accidents, dès lors que d'autres alternatives, moins onéreuses, existaient pour l'application de glace.
- B.** **a.** Par décision du 29 août 2023, l'assurance a informé l'assurée que le traitement médical et l'incapacité de travail n'étaient plus en relation de causalité pour le moins probable avec l'évènement accidentel au-delà du 21 août 2023, et qu'elle n'avait donc plus droit aux prestations à compter du 22 août 2023.

b. Par courriel du 18 septembre 2023, l'assurée a contesté la position de l'assurance, relevant qu'elle n'avait jamais eu de problèmes à son genou avant le sinistre. Les deux médecins qui l'avait auscultée avaient conclu à une blessure secondaire au sinistre déclaré.

Elle a annexé un certificat du 21 septembre 2023 du Dr C_____ attestant qu'elle n'avait jamais eu de problème de genou avant l'accident du 21 mai 2023.

c. Dans un rapport du 28 septembre 2023, le docteur E_____, médecin à la clinique de la Colline, a indiqué que le mécanisme décrit était une chute avec un trauma direct du genou gauche et une rotation associée. L'assurée avait rapidement présenté un épanchement intra-articulaire avec une douleur à la marche et une sensation d'instabilité. L'examen clinique avait mis en évidence une douleur, une probable instabilité du ménisque interne et un épanchement intra-articulaire abondant. L'IRM avait révélé une déchirure complexe de la corne postérieure et du segment moyen du ménisque interne. Au vu de l'examen clinique et de l'IRM, il était évident que la chute avait aggravé une probable dégénérescence de son ménisque et qu'une corrélation entre la chute et l'aggravation de son ménisque interne existait. Pour rappel, l'assurée n'avait jamais eu de douleur de ce genou, ni d'antécédent de chute ou de traumatisme, ni d'instabilité du ménisque.

d. Dans un rapport du 2 octobre 2023, le Dr E_____ a fait suite à sa consultation du jour même. L'assurée avait été victime d'une chute au mois de mai 2023 dans les escaliers, engendrant une entorse de genou en flexion-rotation. Depuis lors, elle souffrait de dérangement du compartiment interne et notait des accrochages et des blocages avec quelques épisodes de lâchage. Elle était dans l'incapacité de travailler et avait dû interrompre toutes ses activités sportives. Malgré un traitement initial bien conduit pendant trois mois, elle notait une aggravation de la symptomatologie douloureuse et une diminution de sa capacité fonctionnelle. La patiente était sportive et n'avait aucun antécédent macro-traumatique sur ce genou. 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. Une indication opératoire à une révision de ce ménisque interne et à un examen du point d'angle postéro-interne avait été retenue, dans les meilleurs délais, étant rappelé que l'intéressée était en arrêt de travail à 100%.

e. Le 3 octobre 2023, le Dr D_____ a maintenu qu'il s'agissait d'une aggravation temporaire, au vu de la chondropathie déjà existante. Il a relevé que le Dr E_____ n'avait notamment pas précisé le type d'aggravation dont il avait fait état. Il a sollicité les images d'IRM.

f. Dans un nouvel avis du 24 octobre 2023, le Dr D_____ a relevé, après avoir examiné les images réalisées le 16 juin 2023, que cette IRM avait relevé des signes dégénératifs sur ce genou avec notamment une arthrose fémoro-patellaire. Au niveau du compartiment interne, on retrouvait effectivement une lésion complexe du ménisque interne avec une déchirure horizontale et également une déchirure oblique. Celle-ci se situait en regard de zones d'abrasion des revêtements cartilagineux avec des lésions de grade IV. Il notait également un fragment de ménisque luxé dans le récessus ménisco-tibial témoignant 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. Le Dr E_____ avait mentionné qu'il avait constaté un épanchement articulaire abondant, mais sur cet examen, il était modéré et avec des signes de synovite chronique. Son confrère avait également noté que cette chute avait aggravé une dégénérescence méniscale, mais il s'agissait au vu de l'état dégénératif préexistant du compartiment interne, d'une aggravation passagère en l'absence de signe traumatique récent. L'évènement avait mis en évidence des lésions qui n'étaient pas connues jusque-là.

g. Dans un rapport du 7 novembre 2023, le docteur F_____, médecin en France, a indiqué avoir été consulté le jour-même par l'assurée, laquelle présentait une symptomatologie qui l'interpelait. Elle avait en effet deux types de douleurs plutôt internes dans les positions accroupies et les pivots et des douleurs rotuliennes antérieures avec des douleurs dans les descentes, l'embrayage, ainsi que des douleurs nocturnes. Elle avait des douleurs à l'examen péri-rotulien avec une tendance à un petit flessum par hyperactivation des fléchisseurs et à la sidération du quadriceps. Il lui avait montré des exercices pour bien relâcher ses fléchisseurs et réactiver son quadriceps. L'IRM avait confirmé une lésion traumatique de son ménisque interne avec une arthrose fémoro-patellaire modérée, étant relevé qu'elle n'était pas symptomatique de cette arthrose avant cette entorse. Il lui avait proposé une arthroscopie pour régularisation méniscale.

h. Par rapport du 18 décembre 2023, le professeur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie, médecin auprès de la clinique de la Colline, a précisé à l'assurance que l'examen clinique et l'imagerie avaient confirmé une déchirure du ménisque interne, dont la structure était celui d'une femme de 48 ans. Cela étant, une telle structure pouvait être lésée par un traumatisme adéquat, ce qui semblait être le cas de l'intéressée. Il encourageait le médecin-conseil à lire le consensus de l'« ESKA » tant sur le ménisque traumatique que dégénératif publiée dans le « KSSTA ».

i. Le 21 décembre 2023, l'assurée a informé l'assurance qu'une arthroscopie avait été réalisée le 17 novembre 2023. Les suites opératoires se déroulaient bien et elle n'avait plus la douleur décrite après l'accident. Elle poursuivait la rééducation prescrite par le Dr F_____, mais n'avait plus de douleur. Cela démontrait donc

que l'accident était bien responsable des douleurs et de la problématique méniscale décrite sur l'IRM.

Elle a joint le compte-rendu opératoire.

j. Par décision sur opposition du 27 février 2024, l'assurance a confirmé sa décision du 29 août 2023. Selon le Dr D_____, « en l'absence d'une lésion traumatique fraîche avec diagnostic retenu de contusion modérée, en présence d'un état dégénératif important (ancienne rupture de la plastie du LCA-G et après ménissectomie subtotale de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne) un lien de causalité n'est pas donné dès le début, mais en tous cas à 2 mois de l'évènement ». L'assurée n'apportait pas d'élément médical permettant de contredire voire même d'insinuer un doute quant à la conclusion du médecin-conseil. Elle avait donc à juste titre refusé la prise en charge des prestations d'assurance, en tous cas dès le 21 août 2023, le *statu quo sine* ayant été atteint au plus tard à cette date.

C. a. Par acte du 5 avril 2024, l'assurée, représentée par une avocate, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à ce qu'un délai lui soit accordé pour motiver et compléter son recours, à ce qu'une expertise judiciaire orthopédique soit ordonnée, à son audition ainsi qu'à celles des Drs C_____, F_____, E_____ et du Prof. G_____. Principalement, elle a conclu à l'annulation de la décision contestée et à ce qu'il soit dit et constaté que l'évènement survenu le 21 mai 2023 avait déployé ses effets jusqu'au 30 avril 2024. Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. Elle a exposé ne pas encore être en possession de tous les éléments permettant de motiver son recours, mais a souligné la divergence d'opinion entre ses médecins traitants et le médecin-conseil de l'intimée.

b. Dans son complément du 17 juin 2024, la recourante a maintenu ses conclusions préalables et modifié sa conclusion principale, en ce sens qu'elle a conclu à ce qu'il soit constaté que l'évènement accidentel avait déployé ses effets jusqu'à ce jour, avec une éventuelle reprise thérapeutique à temps partiel prévue pour juillet 2024. En substance, elle a considéré que le lien de causalité entre ses troubles et l'accident du 21 mai 2023 ne pouvait pas être nié. Contrairement à ce que retenait la décision litigieuse, elle avait apporté de nombreux éléments médicaux permettant de contredire l'appréciation du Dr D_____, ce dont l'intimée n'avait pas tenu compte, sans aucune explication ou motivation. Elle n'avait jamais souffert de la moindre lésion au genou, comme attesté par le Dr E_____ qui avait conclu à des séquelles d'une entorse interne et postéro-interne avec une déchirure du ménisque interne. Compte tenu des avis médicaux contradictoires, l'intimée devait procéder à une expertise médicale ou, à tout le moins, soumettre à nouveau le cas à son médecin-conseil, lequel ne semblait pas s'être déterminé sur les différents documents qu'elle avait produits.

Elle a joint un rapport de consultation du Dr F_____ daté du 29 mars 2024, indiquant que la patiente lui avait relaté un traumatisme de son genou gauche avec un mécanisme d'entorse fin mai 2023 ayant occasionné un syndrome douloureux méniscal interne. L'IRM avait confirmé une lésion d'allure traumatique de son ménisque interne avec plusieurs languettes mobiles dans l'articulation sur un ménisque dégénératif. Ces constatations avaient été confirmées à l'arthroscopie, où il existait une languette luxée dans le récessus ménisco-tibial et une languette luxée dans le récessus postéro-tibial.

c. Dans sa réponse du 14 octobre 2024, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle s'est référée à la nouvelle détermination du Dr D_____, rendue après examen des rapports des 7 novembre 2023 du Dr F_____, 18 décembre 2023 du Prof. G_____ et 19 mars 2024 (*recte* : 29 mars 2024) du Dr F_____. Les avis des médecins divergeaient quant à la nature dégénérative ou accidentelle de la lésion méniscale, mais concordaient sur le fait que la chondropathie dégénérative de grade IV et la gonarthrose étaient un état maladif préexistant. Le Dr E_____ n'avait aucunement relevé que l'accident aurait provoqué de nouvelles lésions structurelles, et ce malgré « l'évidence » retenue concernant une corrélation entre la chute et l'aggravation du ménisque interne. Il n'avait pas non plus indiqué la durée de l'aggravation de la dégénérescence due à la chute et il était nettement plus prudent dans son rapport du 2 octobre 2023, qui ne faisait pas état d'une quelconque causalité, si ce n'est temporel, entre l'instabilité du ménisque interne avec un épanchement intra-articulaire et l'accident du 21 mai 2023. Le Dr D_____ avait confirmé, après avoir pris connaissance des images de l'IRM, que l'épanchement articulaire était modéré avec des signes de synovite chronique et qu'au vu de l'état dégénératif préexistant du compartiment interne, il s'agissait d'une aggravation passagère en l'absence de signe de traumatisme récent. Cette dernière considération était confirmée par le fait qu'aucun signe de traumatisme récent n'avait été mis en évidence par les médecins traitants de la recourante. Le prof. G_____ avait émis de simples hypothèses, non motivées, et la littérature citée était parfaitement muette sur la question de la causalité. Le Dr F_____ avait considéré que l'IRM confirmait une lésion du ménisque d'allure traumatique, mais il ne s'était pas déterminé sur le lien de causalité et le *statu quo sine*. Son rapport confirmait cependant l'absence de signe de traumatisme récent. Partant, les appréciations des médecins traitants de la recourante relatives à la causalité n'étaient pas motivées, si ce n'est par un raisonnement « post hoc ergo propter hoc », impropre à établir un rapport de causalité avec l'accident assuré. Ainsi, il y avait lieu d'accorder pleine valeur probante au rapport, justifié par la littérature médicale pertinente, du Dr D_____, lequel était un spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin certifié SIM et membre de l'unité d'expertise médicale des HUG, ce d'autant plus qu'aucun indice concret, notamment d'ordre médical, ne permettait d'en remettre en cause le bien-fondé. Partant, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, le lien de causalité entre les troubles et l'accident s'était éteint le 21 août 2023.

L'intimée a produit le rapport du 18 août 2024 du Dr D_____. Ce dernier a résumé les différents documents au dossier puis cité un extrait de littérature, en anglais, avant de confirmer sa précédente appréciation, aux termes de laquelle l'événement accidentel avait mis en évidence des lésions qui n'étaient pas connues jusque-là. Il a ajouté qu'il ne retenait pas non plus sur l'IRM de signe de contusion osseuse en faveur d'une lésion traumatique appuyée récente. Il existait une chondropathie sur ce genou et notamment des lésions de grade IV sur le compartiment interne qui avaient provoqué une lésion complexe de la corne postérieure du genou. Ce point était cohérent avec l'extrait de la volumineuse synthèse mentionnée par le Prof. G_____ et discuté plus haut. Cette chute et la douleur faisant suite avaient mis en évidence un état antérieur préexistant sur ce genou et le traitement médical était justifié pour trois mois. Il retenait un état antérieur dégénératif préexistant qui avait été déstabilisé de façon temporaire par cet événement. Trois mois après sa survenue, compte tenu des antécédents, on pouvait conclure que celui-ci avait cessé de déployer ses effets délétères et le *statu quo sine* était atteint le 21 août 2023. Il a annexé à son rapport un document intitulé « ESSKA Meniscus Consensus Project » publié en mars 2016 et l'article « Faut-il opérer les lésions dégénératives du ménisque ? » paru dans la Revue médicale suisse du 13 décembre 2017.

d. Dans sa réplique du 14 octobre 2024, la recourante a persisté dans les termes de son recours. Il était indéniable que ses plaintes étaient la conséquence directe de son accident. Selon la jurisprudence, même si l'accident ne constituait pas l'unique cause, ce qui n'avait par ailleurs pas été prouvé par l'intimée, le lien causal devait être retenu dès lors qu'il y avait clairement eu corrélation entre l'accident et la naissance des symptômes. En outre, les différents rapports et les résultats de l'arthroscopie confirmaient les constatations médicales. Tous ses médecins étaient unanimes sur l'origine de ses symptômes. Il y avait de nombreuses contradictions entre les rapports médicaux qu'elle avait produits et ceux du médecin-conseil de l'intimée, qui ne parvenaient pas à la même conclusion. Le Prof. G_____ avait attiré l'attention du médecin-conseil sur le consensus « ESSKA » tant sur le ménisque traumatique que dégénératif publié dans le « KSSTA » et il s'agissait en effet d'un sujet médical qui avait fait débat. Son atteinte était « clairement due à une lésion méniscale, et non à une lésion dégénérative ». D'ailleurs, les douleurs avaient disparu après l'intervention, laquelle était indiquée en cas de lésions méniscales et non-dégénératives. L'établissement du lien de causalité entre l'accident et les douleurs avait été prouvé à travers ses déclarations, en sus des certificats médicaux présents au dossier. Au vu des contradictions entre les rapports médicaux quant à la raison de la survenance soudaine des douleurs au genou suite à l'accident, il s'avérait difficile de trancher sans procéder aux auditions des médecins et à une expertise judiciaire. L'intimée ayant admis que la contusion du genou était en relation de causalité naturelle avec l'accident et qu'elle n'avait pas d'antécédents médicaux ou d'accident sur ce genou, il était contradictoire de conclure que le sinistre n'avait

fait que provoquer une aggravation passagère d'un état maladif préexistant. Aucun document médical probant n'attestait de la disparition du lien de causalité naturelle entre l'accident du 21 mai 2023 et les atteintes présentées. Elle a rappelé que le Dr E_____ avait suggéré à l'intimée, au mois de septembre 2023, de la faire examiner par un spécialiste afin d'objectiver la présente problématique, notamment l'instabilité du ménisque, ce qui n'avait pas été fait.

e. Par duplique du 23 octobre 2024, l'intimée a également persisté dans ses conclusions. Le Dr D_____ s'était prononcé expressément sur le consensus « ESSKA » évoqué par le Prof G_____ dans son rapport du 18 août 2024. Partant, les considérations de la recourante relatives audit consensus, outre qu'elles ne concordaient pas avec la teneur même de la publication, ne reposaient sur aucun élément probant. Le Dr D_____ avait relevé qu'aucun signe de traumatisme récent n'avait été mis en évidence lors de l'IRM. Que le Dr E_____ et le Prof. G_____ fassent état d'une lésion post-traumatique ne suffisait pas pour considérer que le lien de causalité entre un évènement accidentel et une atteinte à la santé était établi, ce d'autant plus que l'IRM du 16 juin 2023 ne montrait aucune nouvelle lésion structurelle ni signe traumatique récent. Les appréciations des médecins traitants relatives à la causalité n'étaient pas motivées et devaient au surplus être prises avec réserve compte tenu de leur position. Son médecin-conseil avait rendu trois rapports, après avoir pris connaissance de l'imagerie et de toutes les pièces médicales au dossier, et ses conclusions étaient parfaitement motivées au regard notamment de la littérature pertinente citée dans son dernier rapport. Aucun indice concret, notamment d'ordre médical, ne permettait de mettre en cause le bien-fondé de ses rapports, lesquels devaient se voir accorder une pleine valeur probante.

f. Le 17 mars 2025, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une mission d'expertise judiciaire au Professeur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et leur a communiqué les questions qu'elle soumettrait à l'expert.

g. Le 28 mars 2025, l'intimée a conclu à la récusation du 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 (Swiss Insurance Medecine) ni médecin chef de service d'un hôpital universitaire. Elle a en outre suggéré l'ajout de deux questions complémentaires.

h. En date du 4 avril 2025, la recourante a indiqué ne pas avoir de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de l'expert et a proposé la modification d'une question de la mission.

i. Le 7 avril 2025, la chambre de céans a transmis copie de ces écritures aux parties.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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 - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

1.2 Selon l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

1.3 À teneur de l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège.

En l'occurrence, la recourante, domiciliée en France, travaille pour les HUG, de sorte que la chambre de céans est également compétente *ratione loci*.

2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.
3. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision du 27 février 2024 par laquelle l'intimée a nié le droit de la recourante à des prestations au-delà du 21 août 2023, considérant que le *statu quo sine* avait été atteint à cette date, et plus particulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 21 mai 2023 et les déchirures méniscales du genou gauche.
4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur ; il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 et les références).

4.1 L'art. 6 al. 2 LAA prévoit que l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les déchirures du ménisque (let. c).

Selon la jurisprudence, lorsque l'assureur-accidents a admis l'existence d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'assuré souffrait d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assureur-accidents doit prendre en charge les suites de la lésion en cause sur la base de l'art. 6 al. 1 LAA. En revanche, en l'absence d'un accident au sens juridique, le cas doit être examiné sous l'angle de l'art. 6 al. 2 LAA (ATF 146 V 51 consid. 9.1; arrêt 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 3.1 et les références).

4.2 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 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

La condition relative au lien de causalité naturelle est réalisée 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le 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 » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, 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.

Selon la jurisprudence, l'utilisation par un médecin du terme « post-traumatique » ne suffit pas, à elle seule, à reconnaître un lien de causalité entre un accident et des troubles. En effet, on peut entendre par une affection « post-traumatique » des

troubles qui ne sont pas causés par l'accident mais qui ne sont apparus qu'après l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_493/2023 du 6 février 2024 consid. 4.2 et la référence).

4.3 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). *A contrario*, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). 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 le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.2).

À cet égard, le Tribunal fédéral a rappelé dans un arrêt récent qu'à supposer l'implication chez l'assuré de troubles dégénératifs préexistants, si leur origine exclusivement malade n'a pas été établie, même s'il existait un état maladif antérieur, l'assureur-accidents est tenu de prendre en charge les suites de l'accident aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli (arrêt du Tribunal fédéral 8C_461/2023 du 8 février 2024 consid. 4.3.1.1).

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 le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de

vraisemblance prépondérante correspondre à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

Selon la jurisprudence, fixer le délai du retour au *statu quo sine* en se référant à l'évolution prévisible de l'atteinte à la santé d'une manière abstraite et théorique ne suffit pas pour établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'extinction du lien de causalité avec l'accident en cause (arrêts du Tribunal fédéral 8C_481/2019 du 7 mai 2020 consid. 3.4 ; 8C_97/2019 du 5 août 2019 consid. 4.3.1 et 4.3.2 ; 8C_473/2017 du 21 février 2018 consid. 5).

5. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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 351 consid. 3b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPGA, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit

bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

6. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4).

7. En l'espèce, l'intimée s'est fondée sur les rapports de son médecin-conseil pour conclure que les troubles présentés par la recourante au niveau de son genou gauche n'étaient plus en relation de causalité naturelle avec le sinistre du 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.

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 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

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 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

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).

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

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.

**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.

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.

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 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

La présidente

Melina CHODYNIECKI

Joanna JODRY