

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1376/2016

ATAS/168/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Ordonnance d'expertise du 28 février 2019**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à GENÈVE, représenté par  
l'association pour la permanence de défense des patients et des  
assurés

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente.**

---

**EN FAIT**

1. En date du 27 octobre 2014, Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assuré ou le recourant), né le \_\_\_\_\_ 1980 (recte : 5 février 1973), au bénéfice de prestations du chômage depuis 2013, a glissé dans sa baignoire et s'est blessé au dos et au genou gauche. Une incapacité de travail à 100% s'en est suivie.
2. La SUVA, Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après l'assureur) a pris l'accident en charge.
3. Par rapport du 20 novembre 2014, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a constaté à l'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) des 13 et 18 novembre 2014 au genou gauche de l'assuré de multiples ulcérations cartilagineuses mettant à nu l'os sous-chondral sur le tiers moyen et supérieur de la crête de la rotule, associées à un œdème sous-chondral en regard, une ulcération cartilagineuse occupant les deux tiers de l'épaisseur du versant postérieur du plateau tibial externe sur une zone de 6 mm, associée à une discrète altération de signal sous-chondral en regard ainsi qu'un œdème du coin supéro-interne du plateau tibial interne, pouvant constituer une zone de contusion osseuse post-traumatique, à confronter néanmoins à la présentation clinique.
4. Par rapport du 23 mars 2015, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que la radiographie du genou gauche avait mis en évidence une subluxation latérale de la rotule gauche sans signe de dysplasie trochléaire ou de patella alta et une discrète gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire.
5. Par rapport du 24 mars 2015, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'IRM du genou gauche révélait une importante ulcération cartilagineuse avec mise à nu de la crête patellaire à son versant médial, associée à un remodelage oedémateux et géodique sous-chondral, une chondropathie focale de grade IV au niveau de la partie postérieure du plateau tibial externe ainsi qu'un hypersignal hétérogène au niveau de la corne postérieure du ménisque interne, sans atteinte de la surface articulaire (lésion de grade II).
6. Le 28 avril 2015, un scanner des deux membres inférieurs a été effectué. La TAGT du côté droit était de 13 mm et celle du côté gauche de 14 mm. La torsion jambière à droite et à gauche était de 4°. La torsion fémorale était une antétorsion de 12° à droite et de 10° à gauche (rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> mai 2015).
7. A l'issue de son examen du 8 juin 2015, le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de l'assureur, a diagnostiqué des lésions cartilagineuses au niveau de l'articulation fémoro-patellaire survenant dans un tableau de subluxation congénitale de rotule bilatérale. Il existait, avant l'évènement du 27 octobre 2014, un état antérieur marqué sur le genou gauche, de type chondropathie fémoro-patellaire. L'évènement initial avait consisté en une simple chute dans la baignoire et l'IRM du 13 novembre 2014 avait confirmé un discret œdème du plateau tibial interne. Des multiples ulcérations cartilagineuses mettaient à nu l'os sous-chondral sur la crête de la rotule. Celles-ci étaient dues à la

subluxation rotulienne importante mise en évidence sur les clichés standards ultérieurement. Vu la simple chute sans lésion fracturaire associée, on était en présence d'une aggravation temporaire de l'état antérieur.

8. En date du 9 novembre 2015, les docteurs E\_\_\_\_\_, chef de clinique au département de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), et F\_\_\_\_\_, médecin adjointe du département de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur aux HUG, ont pratiqué une arthroscopie diagnostic du genou gauche et un débridement articulaire (facette médiale rotulienne). Une lésion cartilagineuse facette médiale rotule gauche grade IV et une dysplasie trochléenne type B ont été diagnostiquées (rapport du 13 novembre 2015).
9. Par rapport du 13 janvier 2016, les doctresses G\_\_\_\_\_, spécialisée FMH en chirurgie, et H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie générale et traumatologie auprès de l'assureur, ont estimé qu'il n'existait pas de lien de causalité entre la lésion cartilagineuse de la rotule gauche ayant motivé l'intervention du 9 novembre 2015 et le traumatisme du 27 octobre 2014, lequel n'avait pas laissé d'atteinte séquellaire du point de vue organique. La lésion cartilagineuse rotulienne était d'origine malade, due à une anomalie congénitale de la trochlée fémorale. L'accident avait entraîné une aggravation temporaire d'un état préexistant et le statu quo sine avait été atteint deux mois après l'événement assuré.
10. Par décision du 13 janvier 2016, l'assureur, se fondant sur l'appréciation des Dresses G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, a mis fin au droit aux prestations au 8 novembre 2015.
11. Par rapport du 11 février 2016 à l'assureur, la Dresse F\_\_\_\_\_ a indiqué que le cas de l'assuré relevait d'un accident. Il avait subi une chute dans sa baignoire avec un traumatisme direct antérieur du genou gauche, avec une lésion chondrale de la facette rotulienne interne. A priori, il ne s'était jamais luxé la rotule puisque le ligament fémoro-patellaire interne était intact. Il présentait toujours des douleurs très importantes. Des investigations allaient être effectuées.
12. L'assuré a formé une opposition orale contre la décision de la SUVA.
13. Le 7 mars 2016, la Dresse F\_\_\_\_\_ a indiqué qu'une transplantation ostéocondrale au niveau de la rotule était préconisée.
14. Par décision du 24 mars 2016, l'assureur a rejeté l'opposition, se référant à l'appréciation orthopédique-chirurgicale des Dresses G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_.
15. Par acte du 3 mai 2016, l'assuré, représenté par son mandataire, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à la reconnaissance de son droit aux prestations au-delà du 8 novembre 2015, et cas échéant, à l'octroi d'une rente et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique. A l'appui de son recours, le recourant a produit notamment un avis de la Dresse F\_\_\_\_\_, daté du 23 juin 2016, au terme duquel les atteintes chondrales de

la facette rotulienne interne étaient dues au traumatisme direct antérieur du genou gauche survenu en octobre 2014. La découverte d'une dysplasie était fortuite et le recourant ne mentionnait pas de luxation de la rotule.

16. Dans sa réponse du 14 septembre 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours, se référant à une appréciation complémentaire des Dresses H\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_, datée du 8 septembre 2016, selon laquelle une lésion cartilagineuse pouvait parfaitement être due à l'association d'une dysplasie de la trochlée et de la subluxation de la rotule telles qu'observées chez le recourant.
17. Par réplique du 20 octobre 2016, le recourant a contesté cette appréciation et a fait valoir que le Dr E\_\_\_\_\_, par rapport détaillé du 7 octobre 2016, avait précisé que la lésion cartilagineuse de la facette interne rotulienne ne pouvait pas être liée à un maltracking rotulien. Selon ce médecin, à l'IRM du 13 novembre 2014, des oedèmes sous-chondraux de la rotule sans contrecoup au niveau du fémur avaient été mis en évidence. Ce type de lésion cartilagineuse et osseuse au niveau de la rotule était seulement possible après, soit une luxation de la rotule, soit un choc axial sur la rotule en flexion. La doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie aux HUG, partageait cet avis. Une subluxation rotulienne ne pouvait pas créer une lésion cartilagineuse de la facette interne de la rotule. En l'occurrence, il n'y avait aucun argument pour une luxation rotulienne. Par contre, l'accident avec un choc direct sur la rotule correspondait à un traumatisme adéquat pour le type de lésion constatée à l'IRM. En conclusion, la lésion cartilagineuse était strictement liée au traumatisme du 27 octobre 2014.
18. Par duplique du 14 novembre (recte : décembre) 2016, l'intimée a persisté dans ses conclusions, se fondant sur une nouvelle appréciation médicale de ses médecins-conseils du 14 décembre 2016 selon laquelle le recourant présentait une instabilité rotulienne à gauche qui se traduisait par une subluxation engendrée par une dysplasie trochléenne et qui provoquait les atteintes cartilagineuses décrites au niveau de la facette médiale de la rotule. Enfin, l'intimée a fait valoir que l'on ne pouvait lui reprocher un quelconque manquement durant la phase d'instruction administrative.
19. Les parties, par écritures des 12 janvier 2017 et 2 février 2017, ont persisté dans leurs conclusions respectives. Le recourant a produit un avis du Dr E\_\_\_\_\_ du 6 janvier 2017 selon lequel notamment la lésion cartilagineuse de la facette interne rotulienne ne pouvait pas être liée à un maltracking rotulien. Une dysplasie trochléenne n'expliquait pas une lésion cartilagineuse de la facette interne chez un patient avec potentiellement un maltracking rotulien sans avoir subi de luxation de la rotule.
20. Lors de l'audience de comparution personnelle du 29 mars 2017, les parties ont convenu qu'une expertise judiciaire était nécessaire aux fins d'établir si les atteintes au genou gauche étaient d'origine accidentelle ou résultaient d'une atteinte malade.

21. Après en avoir informé les parties, la chambre de céans a, par ordonnance d'expertise du 28 juin 2017, mis en œuvre une expertise et l'a confiée au docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en orthopédie, chirurgie reconstructive du genou (ATAS/569/2017).
22. Le 27 novembre 2017, le Dr J\_\_\_\_\_ a rendu son rapport fondé sur un examen du recourant effectué le 27 septembre 2017, l'étude du dossier ainsi que des examens radiographiques pratiqués au niveau du genou gauche. L'expert a posé les diagnostics suivants: une chondropathie de stade 4 selon Outerbridge modifié au niveau de la crête rotulienne ainsi que le bord externe de la facette interne de la rotule, une probable instabilité rotulienne sans épisode décrit de luxation et un status après deux prises en charge opératoires. Selon l'expert, l'IRM du 13 novembre 2014 évoquait une lésion chronique, antérieure à l'accident. Celui-ci avait probablement provoqué l'apparition d'une symptomatologie liée à cette lésion, laquelle n'était pas imputable à l'accident. Les caractéristiques de la lésion chondrale visibles sur l'IRM du 13 novembre 2014 évoquaient une lésion pré-existante à l'événement. L'expert ne pensait pas que les atteintes ayant nécessité l'intervention du 9 novembre 2015 étaient dues à l'accident (moins de 50%). L'indication pathologique était prépondérante. Le statu quo sine ne pouvait être déterminé avec précision. L'expert proposait douze mois. Le statu quo ante n'allait probablement jamais être atteint.
23. Par écriture du 24 janvier 2018, l'intimée a relevé que l'expert avait conclu que l'accident avait décompensé de façon passagère un état préexistant. Il avait toutefois retenu un statu quo sine douze mois après l'accident, alors que ses médecins-conseils avaient retenu deux mois seulement. L'expertise était trop imprécise sur la durée durant laquelle les troubles du recourant pouvaient être imputés à l'accident. Selon l'avis de la Dresse H\_\_\_\_\_, dont le rapport daté du 8 janvier 2018 était joint, les conclusions de l'expert à cet égard entraient en contradiction avec l'expérience médicale. Il convenait donc d'interroger l'expert sur ce point.
24. Par écriture du 27 février 2018, le recourant a contesté la valeur probante de l'expertise : ses conclusions n'étaient pas convaincantes et n'étaient pas suffisamment motivées. Le recourant concluait à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

Le recourant a joint un rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 2 février 2018, selon lequel les travaux cités par l'expert ne permettaient pas d'interpréter la lésion de la facette interne rotulienne comme étant une suite de maladie (la présence d'un œdème osseux mettait le genou dans un contexte complètement différent). Selon le Dr E\_\_\_\_\_, l'examen clinique et l'IRM permettaient de constater que ni l'œdème, ni la lésion cartilagineuse n'étaient les conséquences d'une instabilité rotulienne. L'expert n'avait ni décrit, ni expliqué l'œdème osseux dans ses conclusions et diagnostics. Selon le Dr E\_\_\_\_\_, le fait que la lésion cartilagineuse soit liée à l'accident était la seule explication tenant compte de la contusion osseuse, de la

localisation de la lésion et surtout du bon tracking rotulien à partir de 30° de flexion.

Le recourant a également joint un rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 4 janvier 2018 confirmant la nature traumatique de la lésion.

25. La chambre de céans de céans a invité l'expert à se prononcer sur les critiques formulées par les parties et les médecins.
26. Par complément du 5 avril 2018, l'expert a expliqué qu'il avait proposé une durée de *statu quo sine* de douze mois en se basant sur son expérience clinique. Par ailleurs, l'IRM montrait que la lésion chondrale présentait des ostéophytes et des marges mal délimitées. Ces éléments radiologiques signaient une lésion ancienne puisque les ostéophytes se développaient progressivement dans un contexte d'atteinte chronique. Le docteur K\_\_\_\_\_, spécialisé dans l'imagerie ostéo-articulaire au CHUV, avait confirmé que l'atteinte présentait les caractéristiques d'une lésion ancienne. Il n'était en outre pas possible de se prononcer sur l'origine de la lésion chronique. Enfin, l'expert n'avait pas retrouvé de référence aux lésions chondrales rotuliennes et au développement secondaire d'ostéophytes dans les articles cités par le Dr E\_\_\_\_\_.
27. Le 31 mai 2018, le recourant a fait valoir que l'expert ne répondait pas de manière satisfaisante aux critiques. Il convenait par conséquent de suivre l'avis du Dr E\_\_\_\_\_, qui était un spécialiste du genou au sein du Team genou ligamentaire des HUG. Subsidiairement, une contre-expertise devait être mise en œuvre. A l'appui de ses arguments, le recourant a produit un courriel du 4 mai 2018 du Dr E\_\_\_\_\_. Celui-ci a rappelé que la doctoresse I\_\_\_\_\_, médecin adjointe en radiologie et responsable de la radiologie musculo-squelettique aux HUG, avait estimé que les imageries montraient une lésion post-traumatique et non d'usure. Par ailleurs, les deux articles qu'il avait cités décrivaient des situations analogues à celles du recourant et notamment le fait que les « ostéophytes » décrits par l'expert pouvaient avoir une autre origine que la lésion cartilagineuse. Celle-ci était traumatique vu la contusion osseuse, laquelle n'était pas mentionnée dans le complément émis par l'expert le 5 avril 2018.
28. Le 1<sup>er</sup> juin 2018, l'intimée a fait valoir qu'au vu des conclusions de l'expertise, un *statu quo sine* devait être retenu au 27 octobre 2015. Par conséquent, la décision litigieuse du 24 mars 2016 mettant fin aux prestations au 8 novembre 2015 devait être confirmée.
29. Le 23 novembre 2018, la chambre de céans a informé les parties qu'elle envisageait de procéder à une nouvelle expertise et leur a imparti un délai pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation contre le professeur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et compléter éventuellement la liste des questions qui lui seraient posées. Ce médecin était le troisième médecin contacté par la chambre de céans en vue de faire l'expertise, les deux premiers n'ayant pu l'accepter.

30. Le 11 décembre 2012, l'intimée a demandé la récusation du prof. L\_\_\_\_\_, faisant notamment valoir qu'il était chef du service de chirurgie orthopédique dès septembre 2015, alors que le recourant y avait été suivi par les Drs F\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.
31. La chambre de céans a alors proposé de nommer le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.
32. Le 25 février 2019, l'intimée s'est opposée à la désignation de ce dernier, faisant valoir qu'il avait été collaborateur du Prof. L\_\_\_\_\_ et qu'il avait travaillé aux HUG jusqu'en 2011, de sorte qu'il n'était pas exclu qu'il ait collaboré avec les Drs F\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, de sorte qu'il n'offrait pas les garanties d'impartialité requises.
33. Le recourant n'a pas formé d'objection à la désignation du Dr M\_\_\_\_\_.

### **EN DROIT**

1. La chambre de céans a déjà examiné les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours dans son ordonnance du 28 juin 2017 (ATAS/569/2017), de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici.
2. Le litige porte sur le lien de causalité entre les atteintes au genou gauche du recourant et l'événement accidentel du 27 octobre 2014.
3. Les dispositions légales et principes jurisprudentiels applicables ont été exposés dans l'ordonnance précitée.
4. Il sied d'ajouter que le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).
5. Par ailleurs, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin

soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références).

6. En l'occurrence, le Dr J\_\_\_\_\_ a été mandaté par la chambre de céans afin notamment de déterminer si les atteintes au genou gauche du recourant sont en lien de causalité avec l'accident survenu le 27 octobre 2014.
7. A la lecture du rapport d'expertise du 27 novembre 2017, la chambre de céans constate que les conclusions du Dr J\_\_\_\_\_ manquent de clarté et apparaissent contradictoires.

Ainsi, alors que la chambre de céans a dûment posé des questions différentes selon le type de lésion constaté, à savoir les diagnostics correspondant à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 aOLAA, d'une part, et les autres diagnostics, d'autre part, il apparaît toutefois à la lecture des réponses apportées par l'expert que ce dernier n'a pas pris en compte cette distinction. En effet, on relèvera tout d'abord que l'expert n'a pas distingué les diagnostics correspondant à une lésion corporelle de l'art. 9 al. 2 aOLAA des autres diagnostics, alors que la question lui était posée (question 9). Ensuite, s'agissant de la problématique particulière du lien de causalité entre les lésions corporelles de l'art. 9 al. 2 aOLAA et l'accident, l'expert a pris en compte l'ensemble des atteintes constatées à l'IRM, dont la lésion chondrale (cf. réponses 9.a. à 9.h.). Puis, s'agissant de la problématique particulière du lien de causalité entre les diagnostics ne correspondant pas à une lésion corporelle de l'art. 9 al. 2 aOLAA et l'accident, l'expert a, de manière contradictoire, répondu aux questions en prenant en compte à nouveau la lésion chondrale (cf. réponses 9.i. à 9.l.).

De surcroît, les réponses apportées par l'expert dans son complément du 5 avril 2018 n'apparaissent pas convaincantes. En effet, alors qu'il était invité notamment à se déterminer sur les remarques émises par le Dr E\_\_\_\_\_ concernant l'origine traumatique de la lésion chondrale, l'expert n'a donné aucune explication concernant la présence d'un œdème osseux, la localisation de la lésion et le bon tracking rotulien à partir de 30° de flexion.

Eu égard aux considérations qui précèdent et en l'absence d'une appréciation claire de la situation médicale du recourant et de conclusions dûment motivées, le rapport d'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ n'emporte pas la conviction, de sorte qu'il ne peut se voir accorder valeur probante.

Aussi, la chambre de céans a-t-elle décidé de soumettre le recourant à une nouvelle expertise.

8. L'intimée a requis la récusation du Dr M\_\_\_\_\_.
  - a. Selon l'art. 38 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), lorsqu'une expertise est ordonnée, l'autorité nomme un ou

des experts. Un délai est imparti aux parties pour proposer, s'il y a lieu, la récusation des experts (art. 39 al. 1 LPA).

La récusation d'un expert judiciaire - qui ne fait pas partie du tribunal - s'examine au regard de l'art. 29 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101) garantissant l'équité du procès (ATF 125 II 541 consid. 4a p. 544). Cette disposition assure au justiciable une protection équivalente à celle de l'art. 30 al. 1 Cst. s'agissant des exigences d'impartialité et d'indépendance requises d'un expert (ATF 127 I 196 consid. 2b p. 198).

Le droit cantonal n'offre pas de garantie supplémentaire. En effet, en vertu de l'art. 39 al. 2 LPA, les causes de récusation prévues pour les membres des autorités administratives s'appliquent aux experts. L'art. 15 al. 2 LPA prévoit la récusation des membres des autorités administratives, notamment, s'ils représentent une partie ou ont agi pour une partie dans la même affaire (let. c) ou s'il existe des circonstances de nature à faire suspecter leur partialité (let. d).

En matière de récusation, il convient de distinguer entre les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 al. 1 PA et 36 al. 1 LPG) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre la personne de l'expert (par exemple ses compétences professionnelles), ne mettent en revanche pas en cause son impartialité. De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6.5 p. 108 ; voir aussi ATF 139 V 349, 138 V 271).

Selon la jurisprudence relative aux art. 29 al. 1er, 30 al. 1er Cst. et 6 par. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101), 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 (cf. ATF 134 I 20 consid. 4.2 p. 21 et les arrêts cités).

Un expert passe pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à rapporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une

activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs. Seules des circonstances constatées objectivement doivent être prises en considération (ATF 127 I 198 consid. 2b, ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, 123 V 175 consid. 3d ; RAMA 1999 n° U 332 p. 193, U 212/97, consid. 2a/bb et les références). Dans ce domaine, la jurisprudence exige des faits qui justifient objectivement la méfiance. Celle-ci ne saurait reposer sur le seul sentiment subjectif d'une partie; un tel sentiment ne peut être pris en considération que s'il est fondé sur des faits concrets et si ces derniers sont, en eux-mêmes, propres à justifier objectivement et raisonnablement un tel sentiment chez une personne réagissant normalement (ATF I 127/06 du 6 février 2007).

Un expert donne l'apparence de prévention, et peut donc être récusé, s'il a déjà été impliqué, à quelque titre que ce soit (conseiller ou expert privé, témoin, membre d'une autorité), dans la procédure, pour autant qu'il ait pris position au sujet de certaines questions de manière telle qu'il ne semble plus exempt de préjugés (ATF 126 I 68 consid. 3c p. 73, 125 II 541 consid. 4 p. 544). Le fait que l'expert a déjà eu à se prononcer au cours d'une procédure dans laquelle une des parties était impliquée n'exclut pas sa nomination en qualité d'expert (ATF 132 V 93 consid. 7.2.2 p. 110). La jurisprudence exige cependant que l'issue de la cause ne soit pas prédéterminée, mais qu'elle demeure au contraire indéterminée quant à la constatation des faits et à la résolution des questions juridiques (ATF 116 Ia 135 consid. 3b p. 139, 126 I 168 consid. 2a p. 169; Jacques Olivier PIGUET, Le choix de l'expert et sa récusation, HAVE/REAS 2/2011 p. 133). Des sentiments d'inimitié marquée (ou d'amitié étroite) à l'égard d'une partie ou de son avocat, peuvent, en principe, justifier une demande de récusation pour apparence de prévention (cf. arrêts 9C\_366/2013 du 2 décembre 2013, 5A\_756/2008 du 9 sept. 2009 consid. 2.1).

En matière d'expertise médicale, le fait qu'une expertise a été réalisée par un ancien médecin traitant de l'assuré soumis à cette mesure d'instruction ne justifie pas d'exclure d'emblée une telle expertise, en l'absence d'autre circonstance objective jetant le doute sur l'impartialité de l'expert, par exemple parce qu'il n'a pas rédigé son rapport de manière neutre et factuelle (ATFA non publiés du 3 février 2006, I 832/04, consid. 2.3.1 et du 17 août 2004, I 29/04, consid. 2.2 et les références). Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas de douter a priori de l'objectivité de son appréciation, ni de soupçonner une prévention (cf. ATF 125 V 353). De même, le fait qu'un médecin se soit déjà prononcé sur le cas de l'assuré ne constitue pas une circonstance de nature à susciter une apparence de prévention au sens de la jurisprudence précitée (cf. arrêt du 8 septembre 2000 cause U 291/99).

Enfin, il convient de rappeler qu'il existe une présomption d'impartialité de l'expert, de sorte que la partie qui demande sa récusation doit apporter la preuve

permettant de renverser cette présomption (cf. arrêt du 27 août 2004 cause I 752/03 et doctrine citée).

b. En l'occurrence, le motif invoqué par l'intimée pour contester la désignation du Dr M\_\_\_\_\_ n'est manifestement pas suffisant pour faire naître un doute sur son impartialité. Le seul fait qu'il a « pu » travailler aux HUG avant 2011 en même temps que deux médecins ayant rendu un rapport dans la présente procédure – sans même l'établir – n'est en effet pas de nature à fonder sa récusation.

La demande de récusation de l'intimée sera en conséquence rejetée et le Dr M\_\_\_\_\_ désigné pour procéder à l'expertise du recourant.

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

**Statuant préparatoirement**

1. Ordonne une expertise orthopédique de Monsieur A\_\_\_\_\_ et la confie au docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.
2. Dit que la mission d'expertise est la suivante :
  - a) prendre connaissance du dossier de la cause ;
  - b) si nécessaire, prendre tous renseignements et/ou requérir tous rapports médicaux auprès des médecins ayant traité le recourant ;
  - c) examiner et entendre Monsieur A\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimée, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin ;
  - d) si nécessaire, ordonner d'autres examens.
3. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse détaillée.
  2. Donnée subjectives du recourant.
  3. Constatations objectives.
  4. Diagnostic(s) précis.
  5. Indiquer depuis quand ces atteintes sont présentes chez le recourant et comment elles ont évolué.  
Décrire leur évolution avant l'accident du 27 octobre 2014 et après.
  6. Dire si la/les lésion(s) du genou gauche du recourant sont imputables à l'événement accidentel du 27 octobre 2014 et, si oui, laquelle/lesquelles.
  7. Le recourant présente-t-il des atteintes dégénératives préexistantes du genou gauche ?  
Dans l'affirmative, quelles sont ces atteintes et quel est leur degré de gravité ? Veuillez détailler et motiver votre réponse.
  8. Veuillez indiquer quelles sont les limitations fonctionnelles.
  9. Quels ont été les diagnostics révélés par les diverses IRM/arthro-IRM du genou gauche versées au dossier ?

10. Lesquels correspondent à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 aOLAA ?
11. S'agissant des diagnostics qui, au genou gauche, correspondent à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 aOLAA :
- a. Ces atteintes sont-elles d'origine exclusivement dégénérative ? Veuillez motiver.
  - b. L'accident du 27 octobre 2014 a-t-il joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes ? En d'autres termes, l'accident est-il une cause possible, au moins à titre partiel, de ces atteintes ?
  - c. En particulier, les atteintes ayant nécessité l'intervention du 9 novembre 2015 sont-elles dues à l'accident du 27 octobre 2014 d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ? Si l'intervention était justifiée à la fois par des troubles accidentels et maladiques, préciser si l'indication pathologique ou traumatique était prépondérante.
  - d. Est-ce que d'un point de vue objectif, des motifs importants indiquent que les atteintes ayant nécessité l'intervention du 9 novembre 2015 sont dues à l'accident du 27 octobre 2014, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération ? (question complémentaire de l'intimée)
  - e. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 27 octobre 2014 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?
  - f. L'accident du 27 octobre 2014 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?
  - g. À partir de quand les facteurs étrangers sont-ils manifestement devenus, ou deviennent-ils manifestement les seules causes influant sur l'état de santé du recourant (« *statu quo sine* » ou « *statu quo ante* » atteint) ?
  - h. Dans le cas où l'accident du 27 octobre 2014 a joué un rôle, même partiel, dans la survenance de ces atteintes, celles-ci ont-elles entraîné une incapacité de travail ? Si oui, depuis quand et à quel taux ? Comment ce taux a-t-il évolué ?
12. S'agissant des diagnostics ne correspondant pas à une lésion corporelle figurant à l'art. 9 al. 2 OLAA :
- i. L'accident du 27 octobre 2014 est-il la cause unique ou une cause partielle (condition *sine qua non*) de ces atteintes ? Plus précisément, le lien de causalité est-il seulement possible (moins de 50% dû à l'accident), probable (plus de 50% dû à l'accident) ou certain (100% dû à l'accident) ?

- j. En particulier, les atteintes ayant nécessité l'intervention du 9 novembre 2015 sont-elles dues à l'accident du 27 octobre 2014 d'une façon possible (moins de 50%), probable (plus de 50%) ou certaine (100%) ? Si l'intervention était justifiée à la fois par des troubles accidentels et maladifs, préciser si l'indication pathologique ou traumatique était prépondérante.
  - k. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 27 octobre 2014 qui ont contribué, avec ledit accident, à la survenance de ces atteintes ?
  - l. L'accident du 27 octobre 2014 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?
13. Commenter et discuter les avis des médecins traitants et des médecins-conseils :
- a) Si l'expert s'écarte des appréciations et conclusions des Drs D\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, médecins-conseils de la SUVA, sur la question des diagnostics, des atteintes ayant nécessité l'intervention du 9 novembre 2015, de la causalité et/ou du *statu quo sine ou ante*, veuillez en indiquer les raisons et motiver la réponse.
  - b) Si l'expert s'écarte des appréciations et conclusions des Drs F\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ sur la question des diagnostics, des atteintes ayant nécessité l'intervention du 9 novembre 2015, de la causalité et/ou du *statu quo sine ou ante*, veuillez en indiquer les raisons et motiver la réponse.
14. Formuler un pronostic global.

Questions complémentaires requises par le recourant :

15. La dysplasie trochléenne du genou gauche de l'assuré est-elle de type A ou de type B ? Pourquoi ?
16. Cette dysplasie trochléenne cause-t-elle un maltracking rotulien ?
- a. Confirmez-vous que l'assuré n'a pas présenté de luxation de la rotule ? de subluxation de la rotule ?
  - b. Un maltracking rotulien, sans luxation ou subluxation de la rotule, comme dans le cas de l'assuré peut-il être la cause d'une lésion cartilagineuse de la facette interne de la rotule ?
  - c. Que pensez-vous de la littérature citée par la médecine des assurances de la SUVA et les médecins des HUG ?
  - d. Confirmez-vous que la littérature citée par la médecine des assurances de la SUVA s'applique à des cas de maltracking de la rotule associé à une luxation et qu'elle n'est dès lors pas applicable à l'assuré ?

17. Toute remarque utile et proposition de l'expert.
18. Invite l'expert à déposer dans les meilleurs délais son rapport en trois exemplaires à la chambre de céans.
19. Réserve le sort des frais et le fond.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le