

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2439/2011

ATAS/990/2011

**ORDONNANCE D'EXPERTISE  
DE LA COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**du 24 octobre 2011**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, représentée par la CAP      recourante  
Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, M  
T \_\_\_\_\_

contre

ZURICH SUISSE, Division Sinistres, case postale, 8085 Zürich      intimée

---

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente.**

---

### **EN FAIT**

1. Madame S\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1970, travaille depuis décembre 2002 en tant qu'assistante de crèche auprès de La Crèche A\_\_\_\_\_ (ci-après l'employeur) à Genève. Elle est assurée à ce titre au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20) auprès de la ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES S.A. (ci-après l'assureur).
2. Le 11 janvier 1993, alors que l'assurée était assurée auprès d'un autre assureur au titre de la LAA, celle-ci a subi un accident entraînant notamment une fracture du plateau tibial gauche. Le 19 janvier 1993, une ostéosynthèse par vis gauche a été effectuée et l'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été pratiquée en 1995. Cet accident a entraîné une incapacité de travail d'environ six mois.
3. Le 9 novembre 2009, l'assurée a été victime d'un accident sur son lieu de travail. Alors qu'elle tenait un enfant dans ses bras, elle s'est encoulée à un tapis de jeux et a chuté sur les genoux.
4. Le 5 mars 2010, souffrant de douleurs au genou gauche, l'assurée a consulté le Dr B\_\_\_\_\_, qui l'a mise en arrêt maladie totale jusqu'au 11 mars 2010.
5. Le 10 mars 2010, l'assurée a consulté le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.
6. Par rapport du 17 mars 2010, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a constaté au genou gauche un status post-traumatique et retrait de matériel d'ostéosynthèse au niveau des plateaux tibiaux interne et externe avec artefact de susceptibilité magnétique, une gonarthrose fémoro-tibiale interne sévère se manifestant par une ostéophytose et des lésions cartilagineuses avancées (grade III et IV) touchant les zones portantes du plateau tibial interne et du condyle fémoral interne, une amputation du bord libre du corps du ménisque interne et déchirure horizontale (lésion de grade III) touchant la corne postérieure du ménisque interne, un épanchement intra-articulaire de faible abondance et une érosion cartilagineuse de grade II touchant le revêtement cartilagineux rotulien.
7. Par rapport du 18 mars 2010, le Dr D\_\_\_\_\_ a constaté des signes de gonarthrose fémoro-tibiale interne se manifestant par un pincement de l'interligne et une ostéophytose. On notait un aspect remanié du plateau tibial interne avec probable status post-retrait de matériel d'ostéosynthèse en lien avec un probable

ancien traumatisme, à confronter avec les antécédents de la patiente. Il n'y avait pas d'évidence d'épanchement intra-articulaire.

8. Par déclaration de sinistre du 22 mars 2010, l'employeur de l'assurée a informé l'assureur qu'en date du 9 novembre 2009, l'assurée avait été victime d'un accident. Dans un courrier annexé à la déclaration de sinistre, l'employeur a expliqué que son employée, qui tenait un enfant dans ses bras, s'était encoublée à un tapis de jeux et avait chuté sur les genoux, en maintenant fort l'enfant pour éviter qu'il ne touche le sol. Croyant que la douleur allait passer, elle n'avait pas jugé nécessaire de voir un médecin, de sorte qu'aucune déclaration de sinistre n'avait alors été remplie. Le mal ne passant pas, mais continuant d'augmenter, elle avait alors consulté un médecin qui l'avait mise en arrêt maladie début mars avec des béquilles pour se déplacer. Comme cela ne progressait pas, l'assurée avait été adressée à un orthopédiste qui estimait que les douleurs étaient la suite de la chute du 9 novembre 2009.
9. Lors d'un entretien téléphonique le 6 avril 2010, l'assurée a informé l'assureur que le Dr C\_\_\_\_\_ pensait que l'intervention chirurgicale prévue pour le 16 avril 2010 était plutôt en lien avec l'accident de 1993 et non avec celui de 2009.
10. Le 12 avril 2010, le Dr E\_\_\_\_\_, médecin conseil de l'assureur, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a noté que l'assurée avait subi une ostéosynthèse du plateau tibial le 19 janvier 1993 en raison d'une fracture et qu'il y avait une évolution vers l'arthrose. Selon lui, l'opération prévue le 16 avril 2010, consistait vraisemblablement en un nettoyage.
11. Le 16 avril 2010, une arthroscopie du genou gauche de l'assurée a été effectuée par le Dr C\_\_\_\_\_. Il résulte du compte-rendu opératoire que suite à l'événement du 9 novembre 2009, l'assurée avait ressenti une douleur au niveau du genou gauche avec apparition d'un épanchement persistant, d'une gêne marquée à la marche entraînant une boîterie. En raison de la persistance de ces symptômes, elle avait consulté un médecin. Le ménisque présentait une déchirure de la corne moyenne, une déchirure horizontale de la corne postérieure, une résection de la corne moyenne dont la substance était de faible qualité et de la corne postérieure qui était de qualité tout à fait conservée. Le médecin a ajouté, qu'a priori, l'événement récent avait indiqué l'arthroscopie du genou.
12. L'assurée a été en incapacité de travail du 16 avril au 16 juin 2010.
13. Par courrier du 31 mai 2010, l'assureur a informé l'assurée que sa responsabilité n'était pas engagée.

14. Le 9 juin 2010, lors d'un entretien téléphonique avec l'assureur, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait part de son désaccord. Il allait transmettre des pièces médicales complémentaires afin que le Dr E\_\_\_\_\_ puisse reconsidérer la situation.
15. Par rapport du 5 juillet 2010, le Dr C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un statu après fracture du plateau tibial interne en 1993 et une lésion du ménisque interne du genou gauche, corne postérieure. L'assurée avait subi une chute le 9 novembre 2009, elle n'avait pas été en traitement depuis l'accident de 1993. Le traitement avait consisté en une arthroscopie du genou gauche.
16. Sur la base du dossier médical de l'assurée, le Dr E\_\_\_\_\_ a, par rapport du 16 septembre 2010, constaté une atteinte sévère du cartilage du plateau tibial et un ménisque dégénéré. Le mécanisme de l'événement survenu le 9 novembre 2009 avait été mineur, l'assurée s'étant encoublée sans chuter. Cet événement n'était donc pas, selon toute vraisemblance, à l'origine de la déchirure du ménisque. Il s'agissait plutôt d'un état préexistant qui avait été révélé par l'événement du 9 novembre 2009.
17. Par décision du 29 septembre 2010, l'assureur a nié sa responsabilité au vu des conclusions émises par le Dr E\_\_\_\_\_.
18. Par opposition du 21 octobre 2010, l'assurée a fait valoir que le rapport du Dr E\_\_\_\_\_ n'avait pas de valeur probante dès lors qu'il avait retenu qu'elle s'était encoublée sans chuter. Or, dans son courrier du 22 mars 2010, son employeur avait bien précisé qu'elle avait chuté sur les genoux.
19. Par courrier du 11 janvier 2011 adressé à l'assureur, le Dr C\_\_\_\_\_ a expliqué que suite à la chute sur les genoux, l'assurée avait ressenti une douleur au niveau du genou gauche qui avait présenté un épanchement dans les suites. Au vu de la persistance de l'épanchement et d'une gêne à la marche allant crescendo, elle avait consulté un médecin le 5 mars 2010. Le 11 mars 2010, le Dr C\_\_\_\_\_ avait vu l'assurée. La clinique montrait un épanchement modéré et des signes méniscaux positifs. L'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) avait alors confirmé une lésion horizontale de grade 3 de la corne postérieure du ménisque interne. Le Dr C\_\_\_\_\_ a ensuite rappelé les constats faits lors de l'arthroscopie : au niveau du condyle interne, un recouvrement cartilagineux uniforme, au niveau du plateau tibial interne, un remodelé post-fracturaire du cartilage avec des lésions plutôt centrales, au niveau méniscal interne, une corne moyenne présentant des signes de dégénérescence post traumatiques et une corne postérieure par contre de qualité conservée, siège d'une déchirure nette. Lors de l'arthroscopie, une résection de la corne postérieure avait été effectuée, les suites avaient été simples, la

récupération rapide et l'activité professionnelle avait été reprise après un mois. Le médecin a ajouté que l'assurée, entre 1995 et 2009, ne s'était visiblement plus plainte de son genou gauche. L'événement du 9 novembre 2009, avait motivé les consultations et une IRM suivie d'une arthroscopie impliquant la résection de la corne postérieure du ménisque dont le substrat était de qualité conservée. Si cet événement était survenu avec la même lésion, chez la même patiente dans le contexte d'un genou exempt de toute atteinte préalable, le lien de causalité ne serait vraisemblablement pas discuté. En considérant la même causalité et en l'appliquant à la corne postérieure du ménisque interne, dont la qualité du substrat était par ailleurs conservée, on pouvait dire que, de manière vraisemblablement prépondérante, l'arthroscopie du 16 avril 2010 et le geste pratiqué étaient à mettre en relation avec l'événement de 2009. Concernant les suites à moyen terme, en cas d'accélération d'un processus arthrosique du compartiment interne, il était vraisemblable que l'événement de 1993 devrait être considéré.

20. Le 21 janvier 2011, l'assureur a rediscuté du dossier avec le Dr E\_\_\_\_\_, puisqu'il y avait lieu de considérer que l'assurée avait effectivement chuté. Selon le Dr E\_\_\_\_\_, la lésion en 1993 avait été conséquente. L'évolution importante vers l'arthrose ou la gonarthrose, confirmée par l'IRM du 17 mars 2010, était tout à fait normale. Le fait qu'il n'y ait plus eu de plainte depuis 1995 jusqu'en 2009, n'enlevait en rien l'évolution arthrosique effective et encore une fois vers une arthrose importante de ce genou. L'arthrose touchait aussi bien le cartilage que le ménisque. Ceci était confirmé, sans équivoque, par les constatations de l'arthroscopie du 16 avril 2010, qui démontraient une arthrose avancée du plateau tibial et une modification dégénérative étendue du ménisque interne. Par conséquent, le Dr E\_\_\_\_\_ maintenait son avis selon lequel il n'y avait pas de lien de causalité entre l'événement mineur du 9 novembre 2009 et l'opération du 16 avril 2010.
21. A la demande de l'assureur, le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a examiné l'assurée le 29 mars 2011. Par rapport du 21 avril 2011, l'expert a diagnostiqué une contusion antérieure des deux genoux (événement du 9 novembre 2009), une gonarthrose fémoro-tibiale interne gauche secondaire (accident de 1993), une lésion méniscale dégénérative du genou gauche, une tendinite rotulienne gauche et une atrophie musculaire du membre inférieur gauche proximal de 2 cm. S'agissant de la contusion antérieure des deux genoux, la cause était uniquement en rapport avec l'événement du 9 novembre 2009 ; pour les autres diagnostics concernant le genou gauche, la causalité naturelle avec l'événement du 9 novembre 2009 était partielle.

L'événement du 9 novembre 2009 avait entraîné une chute sur l'avant des genoux, sans qu'il y ait une notion d'hyper flexion. L'assurée avait remarqué la présence d'hématomes et de boursouflures sur la face antérieure des genoux pendant quelques mois. Le 5 mars 2010, elle avait consulté en raison d'une douleur violente handicapante de son genou gauche totalement différente des symptômes présentés le 9 novembre 2009 (des douleurs extrêmement fortes, handicapantes et différentes au niveau du genou gauche, douleurs situées non plus antérieurement mais au niveau de l'interligne interne). La période écoulée entre la 1<sup>ère</sup> consultation et l'événement précité était de plus de trois mois, ce qui rendait la relation avec cet événement peu probable. Le fait que lors de l'arthroscopie, la corne postérieure du ménisque était saine, ne changeait pas le fait que ce genou présentait des lésions arthrosiques avancées objectivées à la clinique et aux différents rapports radiologiques. L'expert suivait le Dr E\_\_\_\_\_ lorsque ce dernier estimait que l'événement n'était pas, en toute vraisemblance, à l'origine de la déchirure méniscale, il s'agissait plutôt d'un état préexistant qui avait été révélé par l'événement du 9 novembre 2009. Selon le Dr G\_\_\_\_\_, le mécanisme de l'événement du 9 novembre 2009 était mineur, le diagnostic était celui d'une contusion antérieure simple des deux genoux. Ce traumatisme n'avait certainement pas été la cause de la déchirure et probablement pas le révélateur, en effet, l'anamnèse montrait clairement une différence de douleurs et de localisation de celles-ci au début du mois de mars. En conclusion, la causalité naturelle avec l'événement du 9 novembre 2009 et l'atteinte à la santé présentée depuis le 5 mars 2010 et le traitement qui avait suivi était tout au plus possible.

S'agissant de l'événement du 9 novembre 2009 et de la contusion au niveau des deux genoux, le statu quo sine avait été obtenu une dizaine de jours après cet événement.

22. Par pli du 23 mai 2011, l'assurée a expliqué qu'il était surprenant de constater que le Dr G\_\_\_\_\_ partageait les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_, alors que ce dernier s'était fondé sur des faits contraires à la réalité. La valeur probante du rapport du Dr G\_\_\_\_\_ devait donc être relativisée.
23. Par décision sur opposition du 16 juin 2011, l'assureur a confirmé sa décision, relevant notamment que le Dr G\_\_\_\_\_ avait retenu que l'événement du 9 novembre 2009 avait entraîné une chute sur l'avant des deux genoux. Le rapport de l'expert avait donc pleine valeur probante.

24. Par acte du 15 août 2011, l'assurée a interjeté recours contre la décision, concluant à son annulation au motif que le rapport du Dr G \_\_\_\_\_ n'avait pas de valeur probante.
25. Par pli du 31 août 2011, l'intimée a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse.
26. Par pli du 10 octobre 2011, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise, de la confier au Dr H \_\_\_\_\_, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur, et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser à l'expert.
27. Le 19 octobre 2011, les parties ont observé qu'elles n'avaient pas de motif de récusation à l'encontre de l'expert, ni de question complémentaire à poser.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, 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 pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

L'accident étant survenu le 9 novembre 2009, la LPGA s'applique au cas d'espèce.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours, déposé le 15 août 2011 contre la décision du 16 juin 2011, est recevable compte tenu de la suspension du délai entre le 15 juillet et le 15 août (art. 38 al. 4 et 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur la question de savoir s'il existe un lien de causalité entre les lésions au genou gauche constatées en mars 2010 et l'accident survenu le 9 novembre 2009.
5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1 ; 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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 181 consid. 3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). L'admission d'un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré n'implique pas que cet accident soit une cause prépondérante ou exclusive de l'atteinte à la santé, ni qu'il en soit une cause directe; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (ATF non publié 8C\_433/2008 du 11 mars 2009).

La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 365 en bas consid. 5d bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39).

6. a) 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 126 V 322 consid. 5a).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

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

d) Enfin, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATFA non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 p. 240 consid. 4).

7. En l'occurrence, la recourante est d'avis que les lésions au genou gauche sont dues à l'accident assuré. Elle se fonde pour cela sur l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_. Pour sa part, l'intimée soutient, en se référant à l'avis de son médecin conseil, le Dr E\_\_\_\_\_, et de l'expert mandaté, le Dr G\_\_\_\_\_, que les atteintes présentées par la recourante ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident.

La lecture attentive du rapport établi par le Dr G\_\_\_\_\_ conduit la Cour de céans à constater que les conclusions auxquelles aboutit ce médecin ne convainquent pas, et ce pour plusieurs raisons.

Ce médecin a diagnostiqué dans son rapport du 21 avril 2011, une contusion antérieure des genoux, une gonarthrose fémoro tibiale interne gauche secondaire, une lésion méniscale dégénérative du genou gauche, une tendinite rotulienne gauche et une atrophie musculaire du membre inférieur gauche proximal de 2cm.

S'agissant de la contusion antérieure des deux genoux, il a admis que l'accident du 9 novembre 2009 était la cause unique de l'atteinte. S'agissant des autres diagnostics relatifs au genou gauche, il a retenu qu'ils avaient un lien de causalité partielle avec l'événement du 9 novembre 2009 (page 11, point 5.1 du rapport), puis de manière contradictoire, que la relation de causalité était peu probable (page 11, point 5.2.1 du rapport) et enfin, qu'elle était tout au plus possible (page 12, point 5.2.1). De surcroît, le Dr G\_\_\_\_\_ a expliqué suivre les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ - pour qui, l'événement du 9 novembre 2009 a révélé la déchirure du ménisque - puis il a considéré, de manière contradictoire à nouveau, que l'événement n'avait probablement pas été le révélateur de cette déchirure (page 12, point 5.2.1. du rapport). Qui plus est, l'expert justifie son appréciation du lien de la causalité naturelle par le fait notamment que la douleur présentée par la recourante en mars 2010 était totalement différente des symptômes présentés dès le 9 novembre 2009. Or, cet élément entre en contradiction avec les rapports établis par le Dr C\_\_\_\_\_ - médecin qui a pourtant examiné la recourante en mars 2010 - dont il résulte que c'est en raison de la persistance des symptômes apparus le 9 novembre 2009, soit un épanchement et une gêne marquée à la marche entraînant une boiterie, que la recourante l'avait consulté (rapports du Dr C\_\_\_\_\_ des 16 avril 2010 et 11 janvier 2011).

Ainsi, en l'absence d'une appréciation claire du lien de causalité naturelle, le rapport d'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ n'emporte pas la conviction, de sorte qu'il ne peut se voir accorder valeur probante.

S'agissant des conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ concernant le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les atteintes au genou gauche de la recourante, la Cour de céans est d'avis qu'elles ne convainquent pas non plus. En effet, le simple fait que le genou gauche de la recourante présente une arthrose importante - comme le fait valoir ce médecin (note au dossier de l'intimée du 21 janvier 2011) - ne permet pas encore d'écartier tout lien de causalité naturelle entre la déchirure du ménisque et la chute du 9 novembre 2009. On rappellera en effet qu'il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il suffit que l'accident ait contribué, avec d'autres facteurs, à la survenance de l'atteinte à la santé (ATF non publié 8C\_433/2008 du 11 mars 2009).

Enfin, la Cour de céans ne peut statuer sur la base des seules constatations et conclusions du Dr C\_\_\_\_\_, ce dernier ayant été le médecin traitant de la recourante.

Compte tenu de ce qui précède, le dossier n'est donc pas en état d'être jugé. Aussi, la Cour de céans a-t-elle décidé de soumettre la recourante à une expertise judiciaire orthopédique, qui sera confiée au Dr H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

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

**Statuant préparatoirement**

1. a. Ordonne une expertise orthopédique, l'expert ayant pour mission d'examiner et d'entendre Madame S\_\_\_\_\_, après s'être entouré de tous les éléments utiles et après avoir pris connaissance du dossier de l'intimé, ainsi que du dossier de la présente procédure en s'entourant d'avis de tiers au besoin.  
  
b. La confie au Dr H\_\_\_\_\_, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur.
2. Charge l'expert de répondre aux questions suivantes :
  1. Anamnèse détaillée.
  2. Données subjectives de la personne.
  3. Constatations objectives.
  4. Diagnostic(s).
  5. Questions sur le lien de causalité naturelle :
    1. L'accident du 9 novembre 2009 est-il la cause unique ou une cause partielle (« conditio sine qua non ») des atteintes à la santé de la recourante ? 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) ?
    2. La déchirure méniscale constatée le 17 mars 2010 est-elle d'origine exclusivement dégénérative ou l'accident du 9 novembre 2009 a-t-il joué un rôle dans la survenance de cette atteinte ?
    3. Le cas échéant, quels sont les facteurs étrangers à l'accident du 9 novembre 2009 qui ont contribué, avec l'accident du 9 novembre 2009, à la déchirure méniscale ?
    4. L'accident du 9 novembre 2009 a-t-il déclenché un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement ?
    5. A partir de quand les facteur étrangers sont-ils devenus, ou deviennent-ils à partir d'un moment déterminé, avec un degré de

vraisemblance prépondérante, les seules causes influentes sur l'état de santé (« statu quo sine » ou « statu quo ante » atteint) ?

6. Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr C\_\_\_\_\_ selon lequel le fait que la corne postérieure du ménisque - siège de la déchirure - soit de qualité conservée, est un élément qui doit être pris en compte dans l'appréciation de la causalité naturelle avec l'accident du 9 novembre 2009 ? Si non, pourquoi ?
7. Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr E\_\_\_\_\_ selon lequel l'état dégénératif du ménisque interne a causé la déchirure méniscale ? Si non, pourquoi ?
8. Etes-vous d'accord avec l'appréciation du Dr G\_\_\_\_\_ du 21 avril 2011 ? Si non, pourquoi ?
6. En cas de causalité naturelle au moins probable entre l'accident et les atteintes à la santé, répondre aux questions suivantes :
  1. L'intervention du 16 avril 2010 était-elle appropriée ?
  2. D'autres mesures thérapeutiques sont-elles nécessaires ?
  3. L'incapacité de travail du 16 avril au 16 juin 2010 était-elle justifiée ?
  4. La recourante subit-elle, en raison des seules suites de l'accident du 9 novembre 2009, une atteinte durable à son intégrité physique ?
  5. Si oui, quel est le pourcentage de cette atteinte selon les tables LAA d'indemnisation des atteintes à l'intégrité ?
7. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles.
3. Commet à ces fins le Dr H\_\_\_\_\_.
4. Invite l'expert à déposer à sa meilleure convenance un rapport en trois exemplaires à la Cour de céans.
5. Réserve le fond.

La greffière

La Présidente

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

---