RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1795/2022 **ATAS/192/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 mars 2023

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Karin BAERTSCHI	recourante
contre	
SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine WEBER-FUX et Yda ARCE, Juges assesseures

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le _____ 1962, d'origine marocaine, est arrivée en Suisse en 1997. Elle a été naturalisée suisse en 2005.

b. L'assurée a travaillé en dernier lieu en qualité de secrétaire-réceptionniste jusqu'au 30 octobre 2012 et a perçu, dès le 1er juillet 2013, des indemnités de l'assurance-chômage. Elle était assurée à ce titre contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : SUVA).

B. **a.** Le 26 septembre 2014, l'assurée a été heurtée par une voiture circulant à une vitesse de 30 km/h alors qu'elle traversait la route sur un passage piéton.

b. Par rapport du même jour, la doctoresse B_____, spécialiste FMH en chirurgie et cheffe de clinique aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après: HUG), a diagnostiqué une entorse du genou droit avec une suspicion de lésions du ligament latéral intérieur et du ligament croisé antérieur. Les radiographies du genou n'avaient pas révélé de lésion osseuse. En outre, ce médecin a indiqué que l'assurée faisait état de douleurs cervicales, thoraciques postéro-latérales gauches, ainsi qu'au bas du dos, à la hanche droite, au genou et à la cheville droits.

c. Les suites de l'accident ont été prises en charge par la SUVA.

d. À partir du 29 septembre 2014, l'assurée a consulté plusieurs spécialistes en chirurgie orthopédique concernant ses douleurs au genou droit, soit les docteurs C_____, D_____, E_____, F_____ et G_____, lesquels ont notamment constaté une entorse du genou droit, avec une rupture partielle du ligament croisé antérieur (notamment rapports des Drs C_____ du 4 février 2015, D_____ du 13 juillet 2015 et G_____ du 13 décembre 2016), une instabilité en valgus du genou droit et une gonarthrose fémoro-patellaire (rapport du Dr C_____ du 26 juin 2015), une chondropathie fémoro-patellaire secondaire symptomatique et une gonarthrose fémoro-tibiale interne débutante (rapport du Dr G_____ du 13 décembre 2016).

e. Une IRM du genou droit de l'assurée, effectuée le 11 décembre 2014, a mis en évidence une rupture partielle de l'insertion proximale du ligament croisé antérieur associée à une rupture de la partie proximale du ligament latéral interne, sans déchirure du ménisque interne, une rupture partielle de la partie inférieure du retinaculum médial et un épanchement intra-articulaire modéré.

f. Une IRM, sans produit de contraste, du genou droit de l'assurée, réalisée le 1er juin 2015, a montré des séquelles d'entorse du ligament collatéral interne sans rétraction des fibres, des signes de déchirure partielle du ligament croisé antérieur, une chondropathie fémoro-patellaire de grade III-IV associée à une probable

dysplasie trochléaire, sans fissure méniscale, et un épanchement articulaire modéré.

g. Dans un avis succinct du 16 juillet 2015, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie et médecin-conseil de la SUVA, a mentionné que l'assurée avait été adressée aux HUG pour une prothèse fémoro-patellaire. Il estimait qu'il s'agissait d'une lésion dégénérative constituant un état antérieur.

h. Dans un rapport du 13 août 2015, le Dr C_____ a qualifié la gonarthrose fémoro-patellaire de post-traumatique.

i. En date du 16 octobre 2015, l'assurée a été examinée par le Dr H_____, lequel, dans un rapport du 19 octobre 2015, a diagnostiqué un traumatisme du genou droit associant une entorse du genou *« gauche »* (sic) avec une lésion partielle du ligament croisé antérieur, ainsi que des douleurs rotuliennes.

j. Une radiographie du genou droit de l'assurée, effectuée le 6 avril 2016, a mis en évidence une gonarthrose débutante s'exprimant principalement au niveau du compartiment interne avec léger pincement et débords ostéophytaires marginaux. Les structures osseuses ne montraient pas de lésion dégénérative significative. Il n'y avait pas de réaction périostée. Un pincement articulaire interne associé à des débords ostéophytaires débutants et une sclérose sous chondrale du plateau tibial d'ordre dégénératif étaient constatés, ainsi qu'une ébauche ostéophytaire marginale supérieure de la rotule et un aspect légèrement effilé des épines tibiales d'ordre dégénératif.

k. La SUVA a mis fin à ses prestations le 1er mars 2016 considérant que l'assurée présentait une capacité de travail totale dès cette date, ce qu'elle a confirmé par sa décision du 19 octobre 2016. L'opposition contre cette décision et le recours contre la décision sur opposition ont été rejetés. Dans son arrêt du 1er mars 2018, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice a considéré que l'assurée présentait une capacité de travail totale dès le 28 février 2016 (ATAS/172/2018). Le Tribunal fédéral a rejeté le recours déposé par l'assurée à l'encontre de cet arrêt (8C_301/2018 du 22 août 2019).

l. Le Dr G_____, dans son avis médical du 13 décembre 2016, a relevé que l'accident du 26 septembre 2014 avait été violent et avait entraîné des lésions du genou droit ayant évolué vers une chondropathie fémoro-patellaire et un début d'arthrose fémoro-tibiale interne, dont l'origine post-traumatique était « quasi certaine ».

m. Le 26 septembre 2017, Le Dr G_____ a soutenu que les lésions du genou droit de l'assurée, à savoir un status post-contorsion, le développement post-traumatique d'une chondropathie fémoro-patellaire puis d'un début d'arthrose fémoro-tibiale inférieure, n'étaient pas dégénératives mais dues à l'accident de 2014.

n. L'assurée se plaignant de douleurs antérieures et externes du genou, une arthrographie (arthro-IRM) et infiltration de son genou droit ont été effectuées le 16 octobre 2018 afin de rechercher, notamment, d'éventuelles lésions méniscales externes. Cet examen a montré une lésion du ménisque externe au niveau de sa corne antérieure qui présentait un signal altéré et une déchirure verticale de taille millimétrique se raccordant à la face articulaire condylienne du ménisque et associée à un aspect hétérogène de sa racine d'insertion antérieure, une chondropathie diffuse de grade II de la zone de charge centrale et postérieure du condyle, ainsi qu'une chondropathie fémoro-patellaire diffuse de grade III et une discrète chondropathie de grade II fémoro-tibiale interne. Aucune lésion résiduelle du ligament croisé antérieur et du ligament latéral interne du genou n'était visible.

o. Le 13 juin 2018, l'assurée a saisi la chambre de céans d'une demande de révision de l'arrêt du 1er mars 2018, en concluant à son annulation, à l'octroi d'indemnités journalières pleines et entières, de prestations pour soins et au remboursement des frais au-delà du 2 novembre 2015, sous suite de dépens. Par arrêt en révision du 1er novembre 2018, la chambre de céans a déclaré irrecevable la demande de révision et l'a rejetée pour le surplus (ATAS/1016/2018).

C. **a.** Par courriel du 4 avril 2019, l'assurée a contacté la SUVA afin de l'informer qu'elle serait prochainement opérée du genou droit et demander que les frais y relatifs soient pris en charge.

b. Le 12 avril 2019, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a effectué une suture du ménisque interne de l'assurée, une résection méniscale partielle externe et une synovectomie, en raison d'une importante synovite antro-interne, s'enclavant dans l'articulation.

Le protocole opératoire mentionnait comme diagnostic une lésion méniscale interne de type longitudinale, une lésion méniscale complexe de la portion antérieure du ménisque externe du genou droit dans un contexte de ménisque discoïde et une ancienne lésion du ligament croisé antérieur.

Des chondropathies stade II-III du compartiment fémoro-patellaire, de stade I du plateau tibial et de stade II du condyle fémoral avaient notamment été constatées.

c. Selon le rapport du 3 avril (recte mai) 2019 du Dr I_____, la situation n'était pas stabilisée suite à l'intervention au genou droit. L'incapacité de travail était toujours de 100 %. Il a par ailleurs indiqué que l'assurée était suivie par la doctoresse J_____, chirurgienne orthopédique FMH, pour une épicondylite droite et des douleurs de la main post-opératoires.

d. Le 7 novembre 2019, le Dr I_____ a informé la SUVA recevoir l'assurée en consultation une fois par mois en raison d'une lésion méniscale externe sur ménisque discoïde et une lésion du ligament croisé antérieur ancienne, avec une évolution lentement favorable. La capacité de travail de l'assurée était nulle en raison d'une arthrose du genou.

e. Le 14 novembre 2019, le Dr H_____ a soutenu que le traitement pour les troubles du genou était terminé dès le 2 décembre 2019, position qu'il a confirmée dans des avis des 9 décembre 2019, 9 janvier 2020 et 7 avril 2020.

f. Le 10 décembre 2019, la SUVA a informé l'assurée qu'il ressortait du dossier médical qu'il n'était plus nécessaire qu'elle poursuive le traitement. Par conséquent, il était mis fin au versement des prestations d'assurance.

g. Le 26 mars 2020, le Dr I_____ a indiqué que l'opération du 12 avril 2019 avait révélé deux lésions méniscales tant internes qu'externes qui étaient en relation avec l'accident. Le genou droit pouvait théoriquement évoluer vers une arthrose.

h. La SUVA a confirmé mettre fin aux prestations par décision du 8 avril 2020.

i. L'assurée a formé opposition contre cette décision le 15 mai 2020. Elle y contestait que son traitement des troubles du genou ne soit terminé au 14 novembre 2019 (sic), ainsi que la suppression de son droit aux prestations. Elle soulevait, en outre, que, quoi qu'il en fût, il était admis médicalement que la SUVA devait, à tout le moins, prendre en charge son cas jusqu'au 14 novembre 2019 (sic), ce qui incluait les coûts de l'opération du 12 avril 2019. Elle sollicitait dès lors le versement des indemnités journalières découlant de son incapacité de travail et la prise en charge des traitements médicaux, y inclus l'intervention.

j. Par courriel du 4 août 2021, la SUVA a indiqué à l'assurée que des prestations d'assurance lui étaient dues pour les suites de l'intervention du 12 avril 2019. Il restait à définir dans quelle mesure. Elle rappelait, au surplus, que la chambre des assurances sociales de la Cour de justice avait considéré que l'assurée présentait une capacité de travail totale dès le 28 février 2016 (ATAS/172/2018). Il était ainsi mis un terme à la procédure d'opposition.

k. Le 3 novembre 2021, la SUVA a informé l'assurée qu'elle procéderait à des éclaircissements pour définir la mesure des prestations d'assurance dues et a soumis le cas à son médecin-conseil, la doctoresse K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Dans son avis médical du 19 novembre 2021, la Dresse K_____ a soutenu que les radiographies du genou droit du 8 avril 2016 (recte 6 avril 2016) montraient une arthrose fémoro-tibiale interne débutante qui était probablement préexistante à l'accident pour se présenter avec des ostéophytes radiologiques moins de deux ans après. L'opération du 12 avril 2019 avait consisté à traiter une déchirure du ménisque interne et réséquer une partie du ménisque externe de forme discoïde, sans notion d'un nouveau traumatisme. La présence d'une chondropathie fémorale stade II du condyle interne et d'une chondropathie fémoro-rotulienne stade I avait été constatée. La rupture du ligament croisé antérieur (LCA) n'était pas confirmée par l'opérateur. Il s'agissait dès lors de lésions dégénératives pour les ménisques et les cartilages, éventuellement majorées par un varus du genou.

Il n'y avait donc pas de causalité avec vraisemblance prépondérante entre l'événement du 26 septembre 2014 et l'opération du 12 avril 2019 chez une

assurée âgée de 56 ans au moment de l'opération, sans lésion méniscale constatée à l'IRM du 11 décembre 2014.

l. Par décision du 6 janvier 2022, la SUVA a informé l'assurée, qu'après avoir soumis une nouvelle fois le dossier à son service médical, il ressortait des pièces qu'il n'y avait aucun lien de causalité certain, ou du moins vraisemblable, entre l'événement du 26 septembre 2014 et l'opération du 12 avril 2019. Aucune prestation d'assurance ne serait dès lors versée.

m. Le 2 février 2022, l'assurée a formé opposition contre cette décision.

n. Par avis médical du 28 mars 2022, le Dr I_____ a relevé que la lésion méniscale avait été mise en évidence lors de l'arthro-IRM du 16 octobre 2018. Ainsi, deux scénarios étaient possibles : soit, en l'absence d'un produit de contraste intra articulaire, la lésion méniscale n'avait pas été révélée lors de l'IRM simple de 2014, soit l'instabilité du genou lié à la lésion ligamentaire avait produit progressivement la lésion méniscale. Une telle lésion était habituellement considérée d'origine traumatique dans un contexte de traumatisme comme dans le cas de l'assurée.

o. Le 30 mai 2022, le Dr I_____ a ajouté qu'il était clair que les troubles dégénératifs et l'arthrose révélée sur les radiographies du 6 avril 2016 étaient d'origine post-traumatique, exposant, en substance, qu'une gonarthrose débutante, soit des troubles dégénératifs, était apparue sur les radiographies du 6 avril 2016 et non sur l'IRM du 11 décembre 2014, de sorte que ces troubles étaient apparus en seize mois, à la suite de l'accident. La recourante disposait d'un rapport d'IRM du 30 septembre 2014 [lequel ne figure pas au dossier] révélant un œdème osseux du condyle fémoral externe et du plateau tibial important témoignant de l'énergie conséquente transmise qui pouvait tout à fait évoluer vers une arthrose. Ce rapport ne faisait pas mention de chondropathie focale manifeste, ce qui signifiait qu'il n'y avait alors pas d'élément d'atteinte cartilagineuse, donc pas d'arthrose. Il était connu qu'une lésion ligamentaire, notamment du ligament antérieur, pouvait provoquer une déstabilisation du genou et des troubles dégénératifs post-traumatiques. L'énergie ayant provoqué la contusion osseuse visualisée par l'IRM du 30 septembre 2014 avait aussi cassé les couches cartilagineuses qui avaient évolué vers des troubles dégénératifs et une arthrose.

p. Par décision sur opposition du 5 mai 2022, s'appuyant sur les avis du Dr H_____ des 2 décembre (recte 14 novembre 2019) et 9 décembre 2019 et de la Dresse K_____ du 19 novembre 2021, la SUVA a confirmé sa décision du 6 janvier 2022 et rejeté l'opposition de l'assurée.

D. **a.** L'assurée, assistée d'une avocate, a formé recours contre cette décision auprès de la chambre de céans le 1er juin 2022, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à la prise en charge des prestations d'assurance dues en lien avec l'intervention du 12 avril 2019. Elle soutient qu'il ressort clairement des avis médicaux du Dr I_____ que ses troubles au genou droit ayant nécessité

l'intervention du 12 avril 2019 sont en lien de causalité avec l'accident du 26 septembre 2014.

b. Dans sa réponse du 19 septembre 2022, l'intimée, se fondant sur un avis de la Dresse K_____ du 2 septembre 2022 qu'elle a joint à son écriture, conteste tout lien de causalité naturelle entre l'accident du 26 septembre 2014 et l'opération du 12 avril 2019.

c. Dans son rapport du 2 septembre 2022, la Dresse K_____ énonce que l'avis du Dr I_____ du 30 mai 2022 ne modifie pas ses conclusions du 19 novembre 2021.

Concernant les lésions méniscales, l'arthro-IRM était, en effet, le plus souvent plus performante pour les lésions cartilagineuses et méniscales. Néanmoins bien des lésions méniscales étaient découvertes lors d'IRM sans injection articulaire, l'injection de produit étant un geste à risque. Or, chez cette assurée il y avait eu trois IRM sans injection qui n'avaient pas montré de déchirure méniscale interne ou externe. De plus aucun des différents chirurgiens orthopédistes que l'assurée avait consultés pour avis n'avait diagnostiqué ou suspecté une lésion méniscale interne ou externe. En outre, le Dr I_____ avait diagnostiqué la lésion méniscale interne comme étant *« rouge »* et il l'avait suturée. Or, si cette lésion remontait à 2014, la partie méniscale déchirée serait devenue atrophiée et avasculaire avec le temps, ce qui contre-indiquerait à réaliser une suture, vouée à l'échec en 2018. S'il s'agissait d'une vraie déchirure rouge-rouge (et non d'un terme utilisé pour sa localisation périphérique alors qu'elle n'est plus vascularisée) elle ne pouvait donc être en causalité, avec vraisemblance prépondérante, avec un événement survenu quatre ans auparavant. De plus le rapport de l'arthro-IRM de 2018 ne décrivait pas de déchirure périphérique du ménisque interne (telle que rouge-rouge) mais seulement une légère avulsion du ménisque de l'interligne ce qui correspondait à l'externalisation du ménisque lors d'un pincement de l'interligne articulaire dans le cas d'arthrose. En ce qui concernait la lésion méniscale externe, le Dr I_____ l'avait décrite comme une lésion partielle complexe du bord libre d'un ménisque discoïde et avait réséqué minutieusement sa portion antérieure. Ce type de lésion décrite comme des « franges méniscales » sur un ménisque discoïde correspondait plutôt à une lésion dégénérative du bord libre du ménisque. L'arthro-IRM du 16 octobre 2018 montrait une altération diffuse de la corne antérieure du ménisque externe et une déchirure verticale millimétrique de celui-ci, ce qui était tout-à-fait compatible avec un état dégénératif progressif du ménisque, en relation avec l'âge.

Elle ajoutait, notamment, concernant les troubles dégénératifs et l'arthrose révélés par les radiographies du 6 avril 2016, que des ostéophytes au niveau du condyle fémoral interne surplombant la corne moyenne et postérieure du ménisque interne et du plateau tibial interne en regard étaient déjà présents sur les radiographies du 26 septembre 2014 et sur les IRM des 11 décembre 2014 et 1er juin 2015. Selon elle, il s'agissait ainsi bien d'une arthrose du compartiment fémoro-tibial interne préexistante. Les atteintes inflammatoires et cartilagineuses externes ayant justifié

l'opération du Dr I_____ en 2018 (recte 2019) étaient ainsi sans lien de causalité avec vraisemblance prépondérante avec l'événement du 26 septembre 2014.

d. Dans sa réplique du 11 octobre 2022, la recourante a joint un avis du Dr I_____ du 7 octobre 2022, dans lequel celui-ci maintient son avis précédent et soutient que les arguments de la SUVA ne sont pas objectifs. Vu les avis divergents des médecins, le recourant conclut à la désignation d'un expert judiciaire.

e. Le 7 novembre 2022, l'intimée a maintenu ses conclusions tendant au rejet du recours.

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) en vigueur dès le 1er 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.

1.2 Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

2.

2.1 À teneur de 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.

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1er janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA a contrario).

2.2 Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

3. Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée des coûts de l'intervention chirurgicale subie par la recourante le 12 avril 2019, singulièrement sur l'existence

d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 26 septembre 2014 et cette opération.

4.

4.1 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 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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

4.2 En cas d'atteinte à la santé due à un accident, l'assureur-accidents doit notamment prendre en charge le traitement médical approprié des lésions (art. 10ss LAA).

4.3 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition 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. 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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 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.

4.4 Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 129 V 177 consid. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois 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 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

4.5 Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas. Dès lorsqu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 45 consid. 2). Toutefois, dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la 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 corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2).

4.6 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).

L'art. 36 LAA se rapporte à tous les éléments maladifs antérieurs, qu'ils soient d'ordre somatique ou psychique (RAMA 1988 n° U 47 p. 228 consid. 6a). Son application ne suppose pas que le facteur étranger à l'accident soit une affection secondaire à ce dernier. Elle implique uniquement que l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un dommage. Tel est le cas, par exemple, lorsqu'un accident a des répercussions sur une colonne vertébrale affectée d'une atteinte dégénérative préexistante (cf. Alfred MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 470). L'art. 36 LAA n'est pas applicable, en revanche, lorsque les deux facteurs ont causé des lésions sans corrélation entre elles, par exemple des atteintes portées à des parties différentes du corps ; dans ce cas, les suites de l'accident doivent être considérées pour elles-mêmes (ATF 113 V 54 consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.2 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit. p. 1015 n. 381).

4.7 Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA ; RS 832.202). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a ; ATF 118 V 293 consid. 2c et les références).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

4.8 Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (REAS 2002 p. 307). En l'absence de preuve, la décision sera défavorable à l'assuré (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 1 et les références). Plus le temps écoulé

entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (SVR 2016 n° UV p. 55 consid. 2.2.2 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral 17 du 3 mai 2018 consid. 4.2).

5.

5.1 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, qui prévoit, dans sa teneur également en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, que certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a) les fractures, b) les déboîtements d'articulations, c) les déchirures du ménisque, d) les déchirures de muscles, e) les élongations de muscles, f) les déchirures de tendons, g) les lésions de ligaments et h) les lésions du tympan.

Cette liste est exhaustive (ATF 116 V 136 consid. 4a ; ATF 116 V 145 consid. 2b).

La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement maladive ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 2c ; ATF 114 V 298 consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise. Cela étant, lorsqu'une lésion mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, de sorte qu'il appartiendra à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (ATF 123 V 44 consid. 2b ; ATF 116 V 147 consid. 2c ; ATF 114 V 301 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 4.2). Ainsi, à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 315/03 du 23 novembre 2004 consid. 2.2).

5.2 Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un *statu quo ante* ou à un *statu quo sine* est établi, c'est-à-dire

lorsque l'état de santé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par la suite d'un développement ordinaire. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine maladive ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un *statu quo sine* (arrêts du Tribunal fédéral 8C_565/2015 du 15 juin 2016 consid. 3.2 ; 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2 et les références).

5.3 Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue lors d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA. En effet, si l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire suffit pour ouvrir le droit à des prestations de l'assureur-accidents pour les suites d'une lésion corporelle mentionnée à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne voit pas, *a fortiori*, que cette réglementation spécifique ne doive pas trouver application dans l'éventualité où ce facteur revêt un caractère extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, à défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement maladive ou dégénérative (arrêt du Tribunal fédéral 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2).

6.

6.1 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).

6.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. 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. A 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 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 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).

6.3 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 ; ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 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).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; ATF 135 V 465 consid. 4).

6.4 Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2)

7.

7.1 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), 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 corresponde 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

7.2 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 des assurances 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). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

7.3 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 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 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 126 V 319 consid. 5a).

8.

8.1 En l'espèce, à la suite d'un accident survenu le 26 septembre 2014, lors duquel elle a été heurtée par une voiture, la recourante a souffert de douleurs au genou droit.

Une IRM de ce genou, effectuée le 11 décembre 2014, a notamment mis en évidence une rupture partielle de l'insertion proximale du ligament croisé antérieur associée à une rupture de la partie proximale du ligament latéral interne, sans déchirure du ménisque interne. Une radiographie du genou droit de l'assurée, effectuée le 6 avril 2016, a mis en évidence une gonarthrose débutante s'exprimant principalement au niveau du compartiment interne avec léger pincement et débords ostéophytaires marginaux. L'arthro-IRM effectuée le 16 octobre 2018 a, ensuite, montré une lésion du ménisque.

Le 12 avril 2019, la recourante a subi une suture du ménisque interne, une résection méniscale partielle externe et une synovectomie. À teneur du protocole opératoire, le ménisque interne était déchiré dans sa portion moyenne type longitudinale en zone rouge rouge.

8.2 L'existence d'un accident, au sens de l'art. 4 LPGA, le 26 septembre 2014, n'est pas contestée et a donné lieu à une décision de l'intimée du 19 octobre 2016 mettant fin à ses prestations au 1er mars 2016.

La recourante fait valoir une lésion du ménisque ayant nécessité l'opération du 12 avril 2019 qui pourrait être qualifiée de rechute ou de séquelle tardive de l'accident, voire d'une lésion assimilée.

8.2.1 L'intimée a refusé de prendre en charge les frais de l'opération du 12 avril 2019 en se fondant sur les avis de ses médecins-conseils, les Drs H_____ et K_____, singulièrement sur les appréciations de cette dernière des 19 novembre 2021 et 2 septembre 2022, selon lesquelles les atteintes au genou droit de la recourante ayant justifié l'opération étaient sans lien de causalité *« avec vraisemblance prépondérante »* avec l'événement du 26 septembre 2014. Il s'agissait de lésions dégénératives pour les ménisques et les cartilages, éventuellement majorées par un varus du genou.

La Dresse K_____ a notamment appuyé son avis sur le fait que l'arthro-IRM du 16 octobre 2018 montrait une altération diffuse de la corne antérieure du ménisque externe et une déchirure verticale millimétrique de celui-ci ce qui était tout à fait compatible avec un état dégénératif progressif du ménisque, en relation avec l'âge. Quant à la lésion méniscale interne, telle que décrite dans le compte-rendu opératoire, soit comme étant *« rouge rouge »,* elle ne pouvait pas être en lien de causalité, avec vraisemblance prépondérante, avec un événement survenu quatre ans auparavant. De plus, le rapport de l'arthro-IRM de 2018 ne décrivait pas de déchirure périphérique du ménisque interne (telle que rouge-rouge) mais seulement une légère avulsion du ménisque de l'interligne ce qui correspondait à l'externalisation du ménisque lors d'un pincement de l'interligne articulaire dans le cas d'arthrose. À ce sujet, selon l'interprétation de la Dresse K_____ de l'imagerie au dossier, l'arthrose du compartiment fémoro-tibial interne de la recourante était bien préexistante à l'accident, dès lors que des ostéophytes au niveau du condyle fémoral interne surplombant la corne moyenne et postérieure du ménisque interne et du plateau tibial interne en regard étaient déjà présents sur les radiographies du 26 septembre 2014 et sur les IRM des 11 décembre 2014 et 1er juin 2015.

La médecin-conseil a donc conclu qu'il s'agissait de lésions dégénératives et qu'il n'y avait pas de causalité avec vraisemblance prépondérante entre l'événement du 26 septembre 2014 et l'opération du 12 avril 2019, chez une assurée âgée de 56 ans au moment de l'opération pour laquelle aucune lésion méniscale n'avait été décelée à l'IRM du 11 décembre 2014.

8.2.2 Pour sa part, la recourante conteste cette appréciation en se référant notamment à l'avis du Dr I_____, qui a soutenu, quant à lui, que tant la lésion méniscale que les troubles dégénératifs et l'arthrose du genou droit étaient post-traumatiques et en lien de causalité avec l'accident du 26 septembre 2014. Il expliquait le fait que la lésion méniscale n'avait été mise en évidence que lors de l'arthro-IRM du 16 octobre 2018, soit par l'absence d'un produit de contraste intra articulaire lors de l'IRM simple de 2014, soit par le fait que cette lésion avait été produite progressivement par l'instabilité du genou liée à la lésion ligamentaire

subie lors de l'accident de 2014. Une telle lésion était, par ailleurs, habituellement considérée d'origine traumatique lors d'un contexte accidentel tel que celui vécu par la recourante. Il soutient, en outre, qu'une gonarthrose débutante était visible sur les radiographies du 6 avril 2016 et non sur l'IRM du 11 décembre 2014, de sorte que ces troubles étaient apparus à la suite de l'accident.

8.2.3 Les Drs I_____ et K_____ sont ainsi en désaccord sur l'origine post-traumatique ou maladive des troubles ayant fait l'objet de l'opération du 12 avril 2019. Leurs avis contradictoires s'appuient tous deux sur les radiographies et IRM du genou droit de la recourante effectuées au fil des ans, dont ils font cependant chacun une lecture différente, ce dans des rapports détaillés et étayés.

La médecin-conseil n'a cependant pas examiné la recourante mais a établi son appréciation sur la base du dossier. De plus, les rapports radiologiques des 11 décembre 2014 et 1er juin 2015 ne font pas état des ostéophytes sur lesquels la Dresse K_____ s'appuie, notamment, pour conclure que l'arthrose était préexistante à l'accident de 2014.

Dans ce contexte, l'intimée aurait dû faire appel à un expert externe afin d'instruire le cas, étant rappelé qu'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance suffit pour qu'il y ait lieu de procéder à des investigations complémentaires.

8.3 Il convient ainsi de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. Il lui appartiendra de diligenter une expertise indépendante afin de déterminer si la lésion ayant nécessité l'intervention du 12 avril 2019 est une rechute ou séquelle tardive de l'accident, soit si un lien de causalité entre la lésion en cause et l'accident est donné ; par ailleurs, il conviendra également de déterminer si une lésion assimilée peut être retenue, en lien avec l'accident, et, cas échéant, de déterminer si elle présente ou non une origine maladive ou dégénérative clairement établie. Cette expertise devra être confiée à un spécialiste en chirurgie orthopédique désigné dans le respect des exigences jurisprudentielles en matière de droit d'être entendu (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). L'intimée devra ensuite rendre une nouvelle décision sur la base des conclusions de ladite expertise et statuer sur la prise en charge des frais de l'intervention du 12 avril 2919.

9. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis.

La recourante, qui est assistée d'une avocate et obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA a contrario).

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 5 mai 2022.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de dépens de CHF 1'500.-.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le