RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3036/2021 **ATAS/305/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 mars 2022

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à Collonges-sous-Salève, FRANCE, représentée par LOYCO SA	recourante
contre	
AXA ASSURANCES SA, sise General Guisan-Strasse 40, case postale 357, Winterthur, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel BERGMANN	intimée

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le _____ 1957 et domiciliée à la Route B_____ à Collonges-sous-Salève, en France, travaillait en tant qu'enseignante depuis le 1er septembre 2000 au sein de l'école internationale de Genève (ci-après: l'employeur). A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'AXA Assurances SA (ci-après: l'assurance ou l'intimée).

b. A teneur d'une déclaration d'accident bagatelle du 18 décembre 2020 alors que l'assurée, le 17 décembre 2020 à 12h30, courrait sur le campus de C_____, son lieu de travail, elle a soudainement ressenti de fortes douleurs au genou droit.

c. A teneur du premier certificat médical du 19 janvier 2021 remis à l'assurance, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a constaté des douleurs du compartiment interne fémoro-tibial du genou droit et une douleur à la palpation de la corne antérieure du ménisque. Elle a également constaté l'absence de limitation en flexion/extension, mais des douleurs en flexion profonde. Elle a également décrit l'incident comme suit : « Démarrage de course, douleur amplifiée de suite et le lendemain ».

d. Par le biais d'un questionnaire complémentaire du 24 janvier 2021 adressé par l'assurance à l'assurée et dûment rempli et signé par cette dernière, à la question « Veuillez décrire l'événement en détail », il était indiqué « Démarrage d'une course sur le campus de C_____ et douleur consécutive aiguë au genou droit pendant cinq jours puis diffuse depuis le 17 décembre 2020 », et à la question « Quand les douleurs sont-elles apparues pour la première fois ? Essayez de situer ce moment le plus précisément possible », l'assurée a écrit « Dès que j'ai arrêté de courir (après 2 minutes) ». Elle a indiqué qu'elle n'avait pas prévu de courir et qu'était apparue une enflure au genou qui était bleu et chaud.

e. Par courrier du 27 janvier 2021, l'assurance a informé l'assurée qu'elle refusait de prendre en charge les prestations au titre de l'assurance-accidents obligatoire, au motif qu'il ne s'agissait, au sens juridique, ni d'un accident, ni d'une lésion corporelle assimilée à un accident.

f. Un examen d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du genou droit a été pratiqué le 12 février 2021 par le docteur E_____, radiologue de l'Hôpital Privé Pays de Savoie, en France. Celui-ci a mis en évidence une méniscopathie avec des fissures radiaires du ménisque interne, une expulsion méniscale sous le ligament ainsi qu'une discrète chondropathie du condyle fémoral interne et de la facette interne de la rotule.

g. Le 4 mars 2021, l'assurée a consulté le docteur F_____, chirurgien orthopédiste et traumatologue de l'Hôpital Privé Pays de Savoie, en France. Dans son rapport du 4 mars 2021, le praticien a indiqué que l'IRM du 12 février 2021

mettait en évidence une fissure radiaire avec languette méniscale de la corne postérieure du ménisque interne. Il a retenu que cette lésion méniscale était d'origine traumatique et non dégénérative puisqu'elle avait eu lieu à un instant précis, lors d'une activité physique précise.

h. Le 28 mars 2021, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assurance, a considéré que la rupture méniscale avait été provoquée par la chondropathie mise en évidence au niveau fémoral et par un ménisque dégénératif qui était en voie d'extrusion. Cette lésion était probablement préexistante et provoquée par l'usure articulaire, ce type de lésion étant fréquent après 60 ans. Il a également répondu à l'affirmative aux questions de savoir si cette lésion entrait dans le cadre de la liste des lésions assimilées à un accident selon la loi et si celle-ci était due à plus de 50% à l'usure ou à la maladie.

i. Le 2 avril 2021, le Dr F_____ a effectué une arthroscopie du genou droit de l'assurée.

B. **a.** Par décision du 6 avril 2021, l'assurance a refusé de prester, motif pris que l'événement invoqué ne constituait pas un accident et qu'il ne s'agissait pas d'une lésion assimilée à un accident.

b. Le 6 mai 2021, l'assurée a formé opposition à la décision précitée, concluant à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise médicale pour trancher la question de l'origine de la lésion du ménisque de son genou droit, dès lors que les rapports du Dr G_____ du 28 mars 2021 et du Dr F_____ du 4 mars 2021 n'avaient pas pleine valeur probante. L'avis du chirurgien traitant permettait de soulever le doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations médicales effectuées par le médecin-conseil de l'assurance. Par ailleurs, l'absence d'événement accidentel au sens de la loi n'a pas été contestée.

c. Le 2 juin 2021, l'assurée a produit trois pièces médicales pour compléter son opposition : le compte-rendu opératoire du 2 avril 2021 suite à l'arthroscopie performée par le Dr F_____ dans lequel ce dernier a fait état au niveau du compartiment interne d'une chondrite de stade 1 du cartilage fémoral, de stade 2 du cartilage tibial et d'une fente radiaire traumatique régularisée du ménisque interne ; un questionnaire rempli par le même médecin en date du 27 mai 2021 indiquant qu'il s'agissait d'une lésion traumatique et plus précisément d'une fente radiaire, différente des lésions dégénératives qui étaient horizontales avec une apparition progressive de la douleur, les lésions traumatiques apparaissant à un moment précis comme c'était le cas pour l'assurée ; une appréciation du docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à Genève, estimant, après l'examen du rapport d'arthroscopie du 2 avril 2021, que la lésion du ménisque interne de type radiaire, était rarement d'origine dégénérative, et qu'il y avait très peu d'atteintes

dégénératives décrites, ajoutant que l'assurée était asymptomatique avant l'événement du 17 décembre 2020.

d. Par décision du 23 juillet 2021, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée, concluant que la déchirure du ménisque externe était due, si ce n'était exclusivement, en tout cas largement à plus de 50% à des facteurs dégénératifs, et qu'en l'absence d'éléments objectifs propre à mettre en doute la fiabilité des conclusions du Dr G_____, il convenait de renoncer à ordonner un complément d'instruction médicale. Le Dr G_____ a indiqué dans une appréciation du 12 juin 2021 que l'IRM du 12 février 2021 montrait une lésion complexe du ménisque interne, comme on le constatait en cas de lésion dégénérative. Le Dr H_____ ne s'était pas prononcé sur les images constatées sur l'IRM. Les lésions de chondrite de grade 1 pour le cartilage fémoral et des lésions de chondrite de grade 2 pour le cartilage tibial vues à l'arthroscopie témoignaient de lésions dégénératives avancées du cartilage qui avaient provoqué les lésions méniscales relevées par usure et frottement. Le Dr F_____ se prononçait sur un aspect traumatique alors qu'il s'agissait d'une lésion complexe du type rencontré pour une lésion dégénérative. Il s'agissait d'une lésion méniscale complexe. Le Dr G_____ a également fait référence à des extraits de littérature médicale en la matière. Ces lésions arthrosiques dégénératives étaient fréquemment bilatérales, atteignant ainsi les deux genoux. Le 11 juin 2021, le Dr G_____ avait indiqué avoir pu accéder aux images de l'IRM du 7 août 2020 qui témoignaient d'un important état dégénératif.

C. **a.** Le 10 septembre 2021, l'assurée, représentée par LOYCO SA, a interjeté recours contre la décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, concluant à son annulation et à la mise en œuvre d'une expertise médicale externe par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique et à la condamnation de l'assurance au remboursement des frais d'instruction, plus précisément aux appréciations médicales du Dr H_____. Le 19 août 2021, le Dr H_____ s'était notamment basé sur les rapports du Dr E_____. Il n'avait pas pu se déterminer sur les images de l'IRM, celles à sa disposition étant de qualité médiocre. Il avait cependant indiqué que l'arthroscopie décrivait très clairement les lésions constatées, soit une lésion radiaire du ménisque interne et non pas une déchirure horizontale, ainsi que des chondrites de grade I-II et que ce qui était décrit par l'arthroscopie était bien plus important pour poser un diagnostic précis qu'une IRM se basant sur des images virtuelles reconstruites (les faux négatifs et faux positifs n'étant pas rares sur les IRM). Contrairement à ce qu'affirmait le Dr G_____, les lésions de chondrite I et II constatées n'étaient en aucun cas des lésions dégénératives avancées, la majorité de la population de plus de 60 ans présentant des lésions chondrales sans pour autant avoir des lésions méniscales associées. La littérature médicale citée par le Dr G_____ concernait, d'une part, la problématique de lésions arthrosiques, absentes chez l'assurée, un diagnostic de grade I-II ne correspondant absolument

pas à un diagnostic d'arthrose, d'autre part, un diagnostic d'une lésion méniscale vraie (fissure), devait être présente sur deux coupes successives pour affirmer ce diagnostic, sans que cela concerne plus particulièrement les lésions traumatiques ou dégénératives, étant relevé que la présence d'une possible extrusion méniscale ne voulait pas dire qu'il existait de l'arthrose.

b. Le 13 décembre 2021, l'assurance a conclu au rejet du recours, au motif que la lésion de l'assurée était non seulement une déchirure radiaire mais également une déchirure complexe, à savoir une déchirure horizontale associée à une déchirure radiaire, qui avait pour origine des lésions dégénératives avancées du cartilage, provoquant les lésions méniscales par usure et par frottement. Le fait que l'assurée présentait également des lésions similaires à son genou gauche plaidait pour une nature essentiellement dégénérative du ménisque interne du genou, si ce n'était exclusive. Était notamment joint au courrier un extrait d'une publication médicale sur internet relevant que la rupture méniscale traumatique était souvent une rupture verticale et mobile dans le genou, par contre la déchirure méniscale chez les personnes âgées était horizontale ou parfois dite complexe avec plusieurs mini-déchirures qui s'accompagnaient parfois d'un début d'arthrose. Le Dr H_____ avait délivré une analyse sommaire fondée sur la lecture du rapport d'arthroscopie du 2 avril 2021 et sur un examen des images IRM. Les notes d'honoraires, dont le remboursement avait été demandé par l'assurée, ne pouvaient être prises en charge, les rapports étant dénués de force probante et l'assurée n'ayant pas démontré les avoir elle-même réglées.

c. Par réplique du 12 janvier 2022, l'assurée a remis en cause les différentes appréciations du Dr G_____ et a conclu au remboursement d'un montant total de CHF 925.- (sic) correspondant aux frais des appréciations médicales du Dr H_____ (factures de CHF 275.-, CHF 450.- et CHF 250.-). Etaient joints un nouveau rapport médical du Dr H_____ du 30 décembre 2021, un article de littérature médicale et une note d'honoraire du Dr H_____ du 4 janvier 2022. Dans son appréciation du 30 décembre 2021, le Dr H_____ a indiqué que ni le rapport opératoire ni le rapport d'IRM ne montraient d'arthrose avancée et qu'il s'agissait d'une lésion radiaire pure, comme constaté à l'arthroscopie, et non d'une lésion complexe, ni d'une fissure horizontale décrite dans la littérature médicale.

d. Par duplique du 21 février 2022, l'assurance a observé que le dernier rapport du Dr H_____ n'apportait aucun élément nouveau.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales,

du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

1.2 Le recours, interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).

2. Le recours porte sur le droit de la recourante à des prestations d'accident à la suite de l'événement du 17 décembre 2020.

3.

3.1 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).

3.2 Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e) ; les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h).

3.2.1 Dans un arrêt de principe du 24 septembre 2019 (ATF 146 V 51), le Tribunal fédéral a précisé que selon l'interprétation de l'art. 6 al. 2 LAA, l'application de cette disposition ne présuppose aucun facteur extérieur et donc aucun événement accidentel ou générant un risque de lésion accru au sens de la jurisprudence relative à l'art. 9 al. 2 aOLAA. Lorsqu'une lésion corporelle comprise dans la liste de l'art. 6 al. 2 LAA est diagnostiquée, l'assureur-accidents est tenu à prestations aussi longtemps qu'il n'apporte pas la preuve sur la base d'évaluations médicales concluantes – au degré de la vraisemblance prépondérante – que cette lésion est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50% de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.2.2.1). Dans le cadre de cette preuve libératoire, la question de savoir s'il y a eu un événement initial reconnaissable et identifiable est déterminante pour délimiter les obligations respectives de l'assureur-accidents et de l'assureur-maladie (ATF 146 V 51 consid. 8.6). Par conséquent, dans le cadre de son devoir d'instruction (cf. art. 43 al. 1 LPGA), l'assureur-accidents doit clarifier les circonstances exactes du sinistre à l'annonce d'une lésion selon la liste. Si celle-ci est imputable à un événement accidentel au sens de l'art. 4 LPGA, l'assureur-accidents est tenu de verser des prestations jusqu'à ce que l'accident ne représente plus la cause naturelle et suffisante, c'est-à-dire que l'atteinte à la santé est fondée uniquement et exclusivement sur des causes autres qu'accidentelles (ATF 146 V 51 consid.

5.1 et 8.5). Si aucun événement initial ne peut être établi, ou si seul un événement bénin ou anodin peut être établi, cela simplifie de toute évidence la preuve de la libération pour l'assureur-accident. En effet, l'ensemble des causes des atteintes corporelles en question doit être pris en compte dans la question de la délimitation, qui doit être évaluée avant tout par des médecins spécialistes. Outre la condition précédente, les circonstances de la première apparition des troubles doivent également être examinées plus en détails (par exemple, un bilan traumatologique du genou est une aide utile pour l'évaluation médicale des blessures au genou). Les différents indices qui parlent pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical. Si la « palette des causes » se compose uniquement d'éléments indiquant une usure ou une maladie, il s'ensuit inévitablement que l'assureur-accidents a apporté la preuve de la « libération » et qu'il n'est pas nécessaire d'apporter des clarifications supplémentaires (ATF 146 V 51 consid. 8.6).

3.2.2 Le Tribunal fédéral ne donne pas d'indications concrètes sur la nature d'un événement initial reconnaissable mais souligne l'importance et la nécessité d'un point de rattachement temporel pour la prise en charge d'un cas par l'assurance-accidents. On relèvera toutefois que dans un arrêt du 30 octobre 2019 (8C_267/2019), il a admis l'existence d'un événement initial reconnaissable et identifiable, en tant que cause potentielle d'une lésion du ménisque, dans le cas d'une assurée qui a sauté pour attraper un ballon lors d'un entraînement sportif puis a entendu un craquement au niveau de son genou gauche en atterrissant (Jenny CASTELLA, Les lésions corporelles assimilées à un accident à l'aune de la première révision de la LAA, in RSAS 2020, p. 36).

4.

4.1 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).

4.2 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. À cet égard, il importe que les

points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 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).

4.3 Il faut distinguer trois types d'expertises médicales : les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité judiciaires sur la base de l'art. 61 let. c LPGA (expertise judiciaire), les expertises ordonnées auprès d'un expert indépendant par l'autorité sociale sur la base de l'art. 44 LPGA (expertise administrative), et les rapports médicaux requis par une assurance sociale auprès de médecins qui lui sont subordonnés, comme les médecins-conseils, ou réalisé sur commande de l'assuré (expertise de partie).

S'il est évident que la force probante d'une expertise judiciaire est complète (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa), le juge doit également accorder pleine valeur probante aux expertises administratives pour autant que celles-ci ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun autre élément fondé ne remette en cause leur bien-fondé (ATF 137 V 210 consid. 1.3.4 et 2.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_290/2021 du 12 octobre 2021 consid. 3.2). En revanche, une expertise commandée par une partie ou réalisée par un médecin interne à une assurance, dispose certes d'une certaine force probante, mais celle-ci est clairement inférieure à celle réalisée par un médecin indépendant (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et 3b/ee), au sens qu'une tel rapport médical peut surtout permettre de remettre en doute une expertise administrative ou judiciaire (ATF 125 V 351 consid. 3c). Ainsi, lorsqu'une décision administrative sociale ne s'appuie que sur l'avis d'un médecin interne à l'assureur social et qu'il existe des doutes, même minimes, sur la pertinence de l'appréciation de ce médecin, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise administrative ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.4 ; TF, 8C_510/2020, du 15 avril 2021 consid. 2.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_294/2015 du 10 juillet 2015 consid. 3.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_721/2014 du 27 avril 2015 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_484/2014 du 1er avril 2015 consid. 2.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_410/2013 du 15 janvier 2014 consid. 6.1).

5.

5.1 En l'espèce, dans la décision litigieuse, l'intimée a refusé d'allouer des prestations sur la base de l'art. 6 al. 2 let. c LAA, suite à l'événement du 17

décembre 2020. Elle a conclu, en se référant aux avis du Dr G_____, que la rupture du ménisque était provoquée par une chondropathie au niveau fémoral et par un ménisque dégénératif en voie d'extrusion. L'IRM du 12 février 2021 du Dr E_____ montrait une lésion complexe du ménisque interne, qui était un cas de lésion dégénérative. Ces lésions de chondrite de grade 1 pour le cartilage fémoral et les lésions de chondrite de grade 2 pour le cartilage tibial témoignaient de lésions dégénératives avancées du cartilage qui avaient provoqué les lésions méniscales par usure et frottement. De plus, le genou gauche présentait des lésions dégénératives avancées, ce qui était un argument de plus pour retenir une lésion dégénérative du ménisque interne du genou droit. La déchirure du ménisque était ainsi due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50% de tous les facteurs en cause, à la maladie et à l'usure.

5.2 La recourante estime que l'intimée n'a pas apporté la preuve libératoire puisque les rapport et appréciations du Dr G_____ ne sont pas probants. Les avis des Drs F_____ et H_____ remettaient en cause les propos du Dr G_____ puisqu'ils concluaient à une lésion traumatique due à l'événement du 17 décembre 2020. L'arthroscopie avait montré des lésions radiaires et des chondrites de grade I et II qui n'étaient pas des atteintes dégénératives avancées. Elle a sollicité une expertise judiciaire.

6. L'événement du 17 décembre 2020 qui a conduit à la lésion méniscale du genou droit de la recourante ne remplit pas les critères d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA, ce qui est admis par les parties. Il convient en conséquence d'analyser si la lésion en cause relève d'une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA.

6.1 A cet égard, l'intimée s'est fondée sur les avis de ses propres médecins-conseils pour rendre la décision litigieuse, soit des opinions médicales d'assurance, et non des expertises administratives au sens de l'art. 44 LPGA.

Or, le Dr G_____, qui ne se prononce pas sur l'arthroscopie au genou droit de la recourante effectuée le 2 avril 2021 a pris des conclusions qui sont mises en doute de façon convaincante par les rapports des Drs F_____ et H_____. Selon ces derniers, l'arthroscopie et l'IRM montrent une lésion radiaire et très peu d'atteintes dégénératives, alors que le médecin-conseil de l'assurance a posé le diagnostic d'une lésion complexe, donc dégénérative, en se basant notamment sur cette IRM.

Les différentes appréciations médicales et documents médicaux déposés au dossier ne permettent pas d'établir si la lésion méniscale du genou droit de la recourante est d'origine traumatique et donc à charge de l'intimée, ou si elle est due, de manière prépondérante, à une dégénérescence. Cela est d'autant plus vrai qu'il existe un événement initial reconnaissable à l'origine des douleurs évoquées par la recourante, soit un démarrage de course à pied le 17 décembre 2020, et que, conformément à la jurisprudence précitée (ATF 146 V 51), cet événement ne permet pas d'exclure d'emblée la présence d'une lésion traumatique, ce d'autant que le Tribunal fédéral a considéré qu'un mouvement de « stop and go » effectué

par un assuré au badminton n'était pas un événement tout à fait secondaire ou anodin (arrêt du Tribunal fédéral 8C_593/2021 du 6 janvier 2022).

Il existe donc une controverse médicale décisive pour répondre à la question litigieuse, qui exclut que la cause puisse être tranchée sur la seule base d'opinions médicales internes à une assurance ou réalisées à la requête de la recourante. L'origine de la lésion, qui est l'élément central, n'a pas été suffisamment investiguée. Ainsi, une expertise s'impose, qu'il incombe à l'intimée de mettre en œuvre. A cet égard en effet, 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 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7; voir aussi l'arrêt 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). En outre, il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'absence de faits déterminants et d'administrer les preuves récoltées, de sorte qu'il est justifié de lui renvoyer la cause pour mettre en œuvre une expertise (à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 8C_445/2021 du 14 janvier 2022). Par ailleurs, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, il conviendra de désigner un expert de façon consensuelle.

7. La recourante requiert le remboursement des factures du Dr H_____, soit trois factures de respectivement CHF 275.-, CHF 450.- et CHF 250.-, pour un total de CHF 975.-.

A cet égard, en vertu de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais occasionnés par les mesures d'instruction indispensables à l'appréciation du cas sont pris en charge par l'assureur. Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base de documents recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige (ATF 115 V 62 ; arrêt I 1008/06 du 24 avril 2007 consid. 3.1 ; arrêt 9C_136/2012 du 20 août 2012). En l'occurrence, les avis médicaux du Dr H_____, qui mettent sérieusement en doute l'appréciation des médecins conseils de l'intimée, sont déterminants. En conséquence, l'intimée sera condamnée à prendre en charge les factures précitées.

8. Partant, le recours est partiellement admis, la décision sur opposition du 23 juillet 2021 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle complète l'instruction dans le sens qui précède, puis rende une nouvelle décision. L'intimé sera condamné à prendre en charge les factures du Dr H_____, pour un montant total de CHF 975.-

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émolument et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et art. 61 let. a LPGA).

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 23 juillet 2021.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Dit que l'intimée doit prendre en charge les factures, pour un montant total de CHF 975.-, du Dr H_____.
6. Alloue une indemnité de CHF 2'000.- à la recourante à charge de l'intimée.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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