

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2419/2019

ATAS/274/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 avril 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à LES AVANCHETS

recourant

contre

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

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né en 1986, était affilié par le biais de son employeur contre le risque d'accidents, professionnels ou non, auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA) lorsque, le 18 mars 2015, il a annoncé par le biais d'une déclaration d'accident-bagatelle un évènement survenu le 7 mars 2015 : lors d'une marche en montagne, il avait fait un faux mouvement et son genou avait craqué.
2. Par décision du 13 octobre 2015, confirmée sur opposition le 10 décembre 2015, la SUVA, se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, a refusé de prendre en charge les troubles du genou droit - en particulier une intervention (plastie du ligament croisé antérieur du genou droit) - , au motif qu'aucun lien de causalité certain ou probable ne pouvait être établi avec l'évènement du 7 mars 2015.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir, notamment, les éléments suivants :

- une imagerie par résonance magnétique (IRM) pratiquée le 3 août 2015, montrant un volumineux épanchement intra-articulaire, une chondropathie rotulienne interne, une déchirure du ménisque interne atteignant les cornes antérieure et postérieure de grade III et une rupture complète du ligament croisé antérieur (LCA) ; les ligaments collatéraux étaient conservés et il n'y avait pas d'image de contusion osseuse ;
 - l'avis émis par le docteur B_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, selon lequel la description de l'accident ne correspondait pas à une lésion fraîche du LCA ; l'atteinte était due, selon lui, à une dégénérescence ou à un accident très ancien ;
 - un second avis du Dr B_____, le 22 septembre 2015, relevant l'absence de toute évaluation médicale en urgence, telle qu'on aurait pu s'y attendre en cas de traumatisme grave du genou, soulignant qu'il n'y avait eu ni traitement, ni avis médical dans les jours suivant l'évènement et concluant que le traumatisme n'avait été que modérément grave ; selon lui, le lien de causalité naturelle entre le sinistre annoncé et les lésions constatées plusieurs mois après ne pouvait être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante ; même si l'évènement avait décompensé un éventuel état antérieur pathologique, la décompensation n'aurait été que temporaire.
3. Saisie d'un recours de l'assuré, la Cour de céans a entendu le docteur C_____, qui a confirmé avoir constaté une déchirure totale du ménisque et du LCA du genou début août 2015 et indiqué qu'il ne lui paraissait pas invraisemblable que ce soit

l'évènement survenu début mars, soit cinq mois plus tôt, qui soit à l'origine de ces lésions, de telles lésions étant forcément accidentelles. Le médecin a expliqué que s'il existe des fractures de fatigue des os, il n'en existe pas des ligaments : une déchirure des ligaments implique forcément un faux mouvement, une chute ou une torsion anormale. Il était pour lui certain que la lésion du ligament trouvait son origine dans l'évènement du 7 mars, puisqu'il n'y avait plus eu depuis lors d'autre évènement traumatique. En revanche, il ne pouvait être catégorique s'agissant des lésions méniscales, dont il a convenu qu'elle pouvaient être survenues par la suite, suite aux multiples lâchages constituant autant de petits traumatismes supplémentaires.

Par arrêt du 22 décembre 2016, la Cour a rejeté le recours de l'assuré (ATAS/1113/2016).

La Cour a considéré que, même si l'on admettait l'existence d'un facteur extérieur, le lien de causalité naturelle devait être nié.

Elle s'est en particulier référée à l'avis émis par les doctresses D_____ et E_____, toutes deux spécialistes en chirurgie, en date du 9 mai 2016, lesquelles avaient conclu que l'on ne pouvait considérer l'état de santé de l'assuré comme étant, selon toute vraisemblance, en lien de causalité avec l'évènement du 7 mars 2015. Le lien de causalité avec la rupture du LCA ne pouvait selon elles être qualifié que de « possible » et l'atteinte méniscale devait quant à elle être considérée comme un état séquellaire de l'instabilité du genou droit, due à une insuffisance du LCA préexistante.

Les Dresses D_____ et E_____ s'étaient certes ralliées aux allégations du Dr C_____ quant au fait qu'une rupture du LCA ne peut en aucun cas être malade ou dégénérative. Elles avaient en revanche indiqué ne pouvoir corroborer la temporalité évoquée quant au développement de cette rupture : en effet, la qualité et la localisation de l'atteinte méniscale parlaient plutôt en faveur d'une atteinte asynchrone/décalée par rapport à l'atteinte du LCA, d'autant plus qu'il n'y avait ni lésion osseuse, ni lésion des ligaments collatéraux. Elles avaient ajouté qu'au surplus, les ruptures du LCA étaient l'apanage d'accidents comportant un pivot ou un pivot et un contact assez violent, raison pour laquelle il était difficile de concevoir une telle lésion à l'occasion d'une randonnée, sans condition particulière et, surtout, sans mouvement de pivot. Au vu de l'évolution et de l'imagerie, une rupture du LCA était possible, suite au traumatisme du 7 mars 2015, mais pas au degré de la vraisemblance prépondérante requis. Quant à la chondropathie, il s'agissait d'une forme d'usure du cartilage, de sorte qu'il était évident qu'elle n'était pas séquellaire à l'accident du 7 mars 2015.

D'ailleurs, le Dr C_____ n'avait pas qualifié le lien de causalité de probable mais de « pas invraisemblable », ce qui n'était pas suffisant.

4. Le 25 septembre 2018, l'assuré a annoncé un sinistre survenu le 18 septembre 2018 décrit comme suit : « Durant mon entraînement de foot, un coéquipier est tombé sur ma jambe droite ». En avait résulté une fracture du genou droit.
5. Dans un rapport du 27 septembre 2018, la doctoresse F_____, de l'Hôpital de la Tour, a constaté un genou droit tuméfié avec une extension limitée par la douleur, un flexum difficilement réductible à droite, un genou douloureux, l'absence de fracture à la radiographie et a conclu à une atteinte méniscale versus atteinte du ligament croisé avec épanchement important.
6. L'IRM a confirmé une déchirure du ménisque interne et une rupture proximale du LCA, ainsi qu'une chondropathie fémoro-tibiale interne avec ulcération profonde et œdème sur le versant fémoral avec début de gonarthrose.
7. Le 12 octobre 2018, la SUVA a accepté la prise en charge du cas et versé des indemnités journalières.
8. Le 18 octobre 2018, lui est parvenue une demande de garantie d'hospitalisation pour une intervention prévue le 22 octobre 2018.
9. L'assurance a alors soumis le dossier à son médecin d'arrondissement, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.

Celui-ci a émis l'avis que le cas correspondait à l' « évolution naturelle d'un cas non traité sur des lésions du genou (LCA et ménisque) ». Il a souligné qu'avant l'accident, l'assuré souffrait déjà d'atteintes au niveau du genou droit. Selon lui, l'opération porterait sur les lésions de l'état antérieur, non reconnues par l'assurance-accidents.

10. Par courrier du 19 octobre 2018 à l'assuré, la SUVA a émis des réserves quant à la prise en charge de l'intervention chirurgicale et sollicité que lui soient communiqués le diagnostic retenu et l'indication opératoire avant d'engager sa responsabilité.
11. Par la suite, le 20 octobre 2018, la SUVA a indiqué qu'elle prendrait en charge l'hospitalisation prévue le 22 octobre 2018.
12. Une nouvelle fois consulté, le Dr G_____ s'est étonné de cette position, arguant que « l'assuré n'a pas réalisé la chirurgie précédente parce que pas pris en charge par la SUVA, le fait à cet âge de ne pas se faire opérer ne peut que systématiquement si on joue au football conduire à ce type de situation » (sic).
13. Le 22 octobre 2018, l'assuré a subi une arthroscopie avec reconstruction du LCA et ménissectomie interne.

Selon le compte rendu opératoire, l'intervention était nécessitée par une instabilité antérieure sur rupture du ligament croisé du genou droit en anse de seau du ménisque interne et une gonarthrose fémoro-tibiale interne.

14. En novembre 2018, le Dr G_____ a réitéré que l'intervention n'était pas en lien de causalité avec un nouvel accident, mais la conséquence de la non-intervention sur les lésions déjà préexistantes. Une fois de plus, il a émis l'avis que la prise en charge devait être refusée.
15. Dans un rapport plus étayé du 6 décembre 2018, le médecin a rappelé que l'assuré se savait victime, depuis 2014, d'une instabilité du genou avec lésion méniscale préexistante dont la prise en charge avait été refusée précédemment par la SUVA.

Il a émis l'avis qu'à l'âge de l'assuré, avec des genoux présentant une instabilité et une lésion méniscale, il y avait contre-indication aux sports impliquant des pivots-contacts sans intervention de reconstruction préalable. Or, l'assuré avait continué à jouer régulièrement au football, sport impliquant précisément des pivots-contacts. Avec une activité régulière de ce type et un genou tel que décrit, des épisodes d'instabilité étaient inévitables.

Selon lui, l'épisode déclaré consistait en un épisode d'instabilité plus important que les autres, sur un contact au football ayant entraîné sur le ménisque déjà dégradé une luxation en anse de seau. Cette évolution, même s'il y avait événement causal traumatique, n'était qu'une évolution naturelle et prédictible sur un genou lésé depuis quatre ans chez un homme jeune entretenant régulièrement une activité avec pivots-contacts sur un ménisque interne déjà atteint. Quant à la gonarthrose fémoro-tibiale interne, elle était due à l'évolution naturelle d'un genou instable se dégradant par la synématique anormale du genou et les épisodes d'instabilité.

D'ailleurs, l'intervention avait consisté en une reconstruction du LCA. Or, la responsabilité de la SUVA pour une telle intervention avait déjà préalablement été niée. Quant à la ménisectomie interne, elle était intervenue sur un ménisque tellement dégradé qu'elle en était devenue nécessaire.

Malgré le nouvel événement (un choc sur un genou exposé aux pivots-contacts), la responsabilité de la SUVA n'était pas engagée s'agissant de lésions antérieurement existantes. Selon le Dr G_____, la lésion n'avait fait en quelque sorte que parachever une évolution tout à fait prévisible et naturelle qui s'était soldée par la dégradation du ménisque et la gonarthrose. Ceux-ci témoignaient de nombreux épisodes de subluxation depuis la lésion initiale du LCA. L'intervention devait dès lors tout à fait logiquement survenir.

Dans ces conditions, le lien de causalité entre l'atteinte à la santé ayant entraîné l'opération et l'accident devait être nié. La durée de convalescence après l'accident était de trois à quatre mois au maximum.

16. Le 3 janvier 2019, la SUVA a rendu une décision dans les considérants de laquelle elle a indiqué que, selon son médecin d'arrondissement, l'opération du 22 octobre 2018 n'avait pas porté sur le traitement des séquelles de l'accident. La SUVA a ajouté que, cependant, puisqu'elle avait pris en charge cette intervention, elle continuerait à allouer à l'assuré des prestations d'assurance durant la période de convalescence, évaluée à seize semaines, c'est-à-dire jusqu'au 28 février 2019, date

au-delà de laquelle elle a estimé que la pris en charge de l'incapacité de travail et du traitement médical relèveraient de l'assurance-maladie.

Cette décision est entrée formellement en force.

17. Le 29 avril 2019, l'assuré a informé la SUVA qu'il devrait subir une nouvelle intervention – qualifiée de rechute – le 9 mai 2019.
18. Le 30 avril 2019, la SUVA lui a répondu que, dans la mesure où, selon la décision du 3 janvier 2019, le traitement n'était plus dû à l'accident, mais relevait uniquement de la maladie, une rechute était exclue.
19. Le 6 mai 2019, le docteur H_____ a expliqué qu'à six mois d'une reconstruction du LCA, son patient avait développé une raideur en extension et que l'IRM avait mis en évidence un syndrome du cyclope. Au vu du déficit d'extension de 15°, il y avait indication à une arthrolyse antérieure du genou droit afin de procéder à la résection de ce cyclope par arthroscopie. Ce problème était en lien avec la reconstruction du LCA ayant eu lieu le 22 octobre 2018.
20. Par décision du 15 mai 2019, la SUVA, se référant à la « demande en révision du 29 avril 2019 », a indiqué qu'elle n'entendait pas reconsidérer sa décision du 3 janvier 2019. Pour le surplus, elle a estimé qu'il n'y avait pas non plus matière à révision procédurale de cette décision.
21. Par décision 5 juin 2019, sur opposition, la SUVA a confirmé sa décision du 15 mai 2019.

En substance, la SUVA s'est référée à l'avis émis le 5 février 2019 (recte : 6 décembre 2018 ?) par son médecin d'arrondissement, le Dr G_____, arrivant à la conclusion que l'événement du 18 septembre 2018 n'avait pas occasionné de lésions structurelles chez un assuré souffrant depuis 2014 d'une instabilité du genou droit.

Elle a rappelé que, dans son arrêt du 22 décembre 2016, la Cour de céans avait confirmé que, même si l'assuré avait été victime d'un accident le 7 mars 2015, le lien de causalité naturelle devait être nié dans la mesure où la rupture du LCA ne pouvait être mise en relation avec l'éventuel traumatisme subi en mars 2015.

L'intervention du 22 octobre 2018 avait permis la reconstruction du LCA et une ménissectomie interne sur un ménisque tellement dégradé que l'opération avait été rendue nécessaire. La lésion n'avait fait que parachever une évolution tout à fait prévisible et naturelle qui avait abouti à la dégradation finale du ménisque et la gonarthrose témoignait de nombreux épisodes de subluxation depuis la création de la lésion initiale du LCA.

Considérant que la décision du 3 janvier 2019 était entrée en force, la SUVA a estimé que seule la voie d'une révocation de cette dernière restait ouverte à l'assuré. Or, les conditions permettant la reconsidération de cette décision (à savoir une erreur manifeste et une rectification revêtant une importance notable) n'étaient pas

remplies, pas plus que celles d'une révision procédurale, l'assuré n'apportant aucun élément ou moyen de preuve nouveau concernant l'étiologie des troubles ayant conduit à la première intervention.

Peu importait dès lors que, selon le Dr H_____, le déficit d'extension soit en lien avec la reconstruction du LCA, dans la mesure où cette intervention n'avait pas porté sur une séquelle de l'accident de septembre 2018.

22. Par écriture du 24 juin 2019, expédiée le lendemain, l'assuré a interjeté recours contre cette décision.

Il demande la prise en charge de l'intervention pratiquée en mai 2019. Il explique que l'intervention pratiquée le 22 octobre 2018 n'a pas été suffisante et qu'une seconde intervention s'est révélée nécessaire.

23. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 5 août 2019, a conclu au rejet du recours.

L'intimée allègue avoir rendu en date du 3 janvier 2019 une décision indiquant à l'assuré que l'opération du 22 octobre 2018 avait été prise en charge à tort puisqu'elle n'avait pas porté sur le traitement de séquelles accidentelles et lui signifiant que les prestations d'assurance-accidents seraient supprimées à partir du 28 février 2019, la poursuite du traitement étant, cas échéant, à charge de son assureur-maladie. Elle rappelle que cette décision n'a fait l'objet d'aucune opposition.

La reprise de l'intervention du 22 octobre 2018 suite à des complications postopératoires telles qu'annoncées par le Dr H_____ a donc donné logiquement lieu à un refus de prise en charge. En effet, dans la mesure où la décision du 3 janvier 2019 entrée en force constatait que le traitement du 18 octobre 2018 n'était pas dû à l'accident, mais relevait de la maladie, la reprise de l'intervention à charge de l'assureur-accidents était exclue.

24. Dans sa réplique du 28 août 2019, le recourant a confirmé avoir bien reçu le courrier de la SUVA du 3 janvier 2019 lui indiquant qu'il était mis un terme aux prestations avec effet au 28 février 2019.

Il allègue que c'est parce qu'il pensait qu'au-delà de cette date, son genou serait rétabli qu'il n'a pas interjeté recours contre cette décision.

Cependant, malgré les séances de physiothérapie, son genou ne s'est pas remis et une nouvelle IRM, en avril 2019, a confirmé la nécessité d'une seconde intervention, celle-ci étant une suite de celle du 22 octobre 2018.

Le recourant estime que si la SUVA a pris en charge la première opération, elle doit assumer la seconde également.

25. Dans sa duplique du 25 septembre 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions en rejet du recours.

Elle répète une fois encore que l'assuré ne s'est pas opposé à sa décision du 3 janvier 2019, laquelle mentionnait expressément que la prise en charge de l'intervention du 22 octobre 2018 relevait d'une erreur.

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 - 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.

2. 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu après cette date, le droit aux prestations d'assurance est soumis au nouveau 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).
4. 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 (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimée de prendre en charge l'opération pratiquée en mai 2019, consécutive à celle du 22 octobre 2018.
6. 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).

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.

7. 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).

8. 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).

Si la situation se modifie après la clôture du cas, une révision au sens de l'art. 17 LPGA n'est pas possible, dès lors que cette disposition ne peut porter que sur des rentes en cours. La modification de la situation, en lien de causalité avec l'accident, peut être invoquée en faisant valoir une rechute ou des séquelles tardives de l'événement accidentel ayant force de chose jugée. Cette manière de procéder correspond à la demande nouvelle en matière d'assurance-invalidité (RAMA 1994 n° U 189 p. 139).

9. a. 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).
- b. 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).

10. 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).
11. 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).

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).

12. 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 œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3).
13. En l'occurrence, l'intimée n'est pas même entrée en matière sur la rechute annoncée par le recourant, qu'elle a considérée comme une « demande en révision » de sa décision du 3 janvier 2019, dont elle a argué qu'elle était entrée en force. Peu importait dès lors que, selon le Dr H_____, le déficit d'extension soit en lien avec la reconstruction du LCA, dans la mesure où cette première intervention n'avait pas porté sur une séquelle de l'accident de septembre 2018.

L'intimée allègue avoir rendu en date du 3 janvier 2019 une décision indiquant à l'assuré que l'opération du 22 octobre 2018 avait été prise en charge à tort puisqu'elle n'avait pas porté sur le traitement de séquelles accidentelles. La Cour de céans constate cependant que les faits ne sont pas aussi clairs que le laisse entendre l'intimée.

En effet, à aucun moment dans sa décision du 3 janvier 2019, la SUVA n'indique avoir pris en charge l'intervention par erreur. Elle ne fait qu'évoquer le fait que, selon son médecin d'arrondissement, l'opération du 22 octobre 2018 n'aurait pas porté sur le traitement des séquelles de l'accident, sans en tirer aucune conclusion. Au contraire, non seulement elle prend en charge les frais de l'intervention en question, mais accepte au surplus de verser des prestations durant la période de convalescence, évaluée à seize semaines, c'est-à-dire jusqu'au 28 février 2019. Pas un instant, elle n'indique avoir fait une erreur et renoncer à y remédier par exemple. Dans ces conditions, on peut difficilement reprocher au recourant de n'avoir pas interjeté recours contre une décision qui lui donnait entièrement satisfaction.

On ajoutera que l'intimée ne peut ainsi pas invoquer l'autorité de chose jugée d'une décision dont - au demeurant - le dispositif implicite reconnaissait à l'assuré le droit aux prestations qu'il réclamait pour refuser aujourd'hui d'examiner l'éventualité d'une rechute.

C'est le lieu de rappeler qu'il n'y a autorité de chose jugée que lorsque la prétention litigieuse est identique à celle qui a déjà fait l'objet d'un jugement passé en force (identité de l'objet du litige), ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

Tel est le cas lorsque, dans l'un et l'autre procès, les parties ont soumis au juge la même prétention en se fondant sur la même cause juridique et sur les mêmes faits (ATF 125 III 241 consid. 1 p. 242; 123 III 16 consid. 2a p. 18; 121 III 474 consid. 4a p. 477; cf. également ATF 128 III 284 consid. 3b p. 286). L'identité des prétentions s'entend au sens matériel, et non grammatical; il n'est pas nécessaire, ni même déterminant, que les conclusions soient formulées de manière identique dans les deux procès. Le Tribunal fédéral a admis que, même si elle s'en écarte par son intitulé, une nouvelle conclusion aura un objet identique à celle déjà jugée, si elle était déjà contenue dans celle-ci, si elle est simplement son contraire ou si elle ne se pose qu'à titre préjudiciel, alors que, dans le premier procès, elle se posait à titre principal (ATF 123 III 16 consid. 2a p. 18; 121 III 474 consid. 4a p. 477). L'identité de l'objet s'étend en outre à tous les faits qui font partie du complexe de faits, y compris les faits dont le juge n'a pas pu tenir compte parce qu'ils n'ont pas été allégués, qu'ils ne l'ont pas été selon les formes et à temps ou qu'ils n'ont pas été suffisamment motivés (ATF 116 II 738 consid. 2b et 3 p. 744).

Qui plus est, en principe, seul le dispositif d'une décision est revêtu de l'autorité de chose jugée ; à moins que le dispositif ne se réfère expressément aux considérants, ceux-ci n'acquièrent pas eux-mêmes la force matérielle.

En l'occurrence, la décision du 3 janvier 2019 ne comporte pas formellement de dispositif, mais implicitement, comme déjà dit, celui-ci confirme la prise en charge de l'intervention pratiquée en octobre 2018 et de la période de convalescence encore en cours et ce, jusqu'au 28 février 2019.

Là encore, l'intimée ne saurait donc en tirer argument pour refuser d'entrer en matière sur la rechute annoncée, au simple motif qu'elle a évoqué en passant, dans les considérants, l'opinion dissidente de son médecin d'arrondissement, qu'elle n'a finalement pas suivie.

Eu égard aux considérations qui précèdent, l'intimée ne pouvait invoquer sa décision de janvier 2019 et faire l'économie de l'examen au fond de la rechute annoncée par l'assuré. En ce sens, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction et nouvelle décision.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 5 juin 2019.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour examen au fond du cas de rechute annoncé et nouvelle décision.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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