RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2853/2022 **ATAS/385/2023**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 mai 2023

Chambre 2

En la cause

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA	recourante

contre

SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS	intimée
A_____ représentée par APAS-Assoc. permanence défense des patients et assurés, soit pour elle Me Roman SEITENFUS, avocat	appelée en cause

Siégeant : Blaise PAGAN, Président ; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Le 26 juillet 2021, Madame A_____ (ci-après: l'assurée, l'intéressée ou l'appelée en cause), née en 1993, célibataire, réceptionniste de profession, alors au chômage, a rempli une "déclaration de sinistre LAA pour les chômeurs".

La date du sinistre indiquée était 24 juillet 2021 au matin, et les faits, survenus à son domicile, étaient décrits comme suit : "En glissant le genou a craqué". La lésion consistait en une "entorse" au genou gauche. Elle était en incapacité de travail depuis le 26 juillet 2021, une capacité de travail à 100% étant prévue à compter du 2 août suivant.

b. Le 10 août 2021, l'assurée a répondu à des questions posées par l'assureur-accidents obligatoire compétent, à savoir la SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA, la caisse ou l'intimée).

c. La caisse a instruit le cas.

Une IRM de genou gauche a été effectuée le 28 juillet 2021 par le docteur B_____, radiologues FMH, selon rapport du même jour.

Selon un rapport du 23 août 2021 du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur au sein du centre de médecine du sport et de l'exercice d'une clinique privée genevoise, faisant suite à une consultation du 5 août précédent, l'intéressée avait été victime en mai 2019 d'un accident engendrant une rupture partielle du ligament croisé antérieur (ci-après: LCA) du genou gauche. Ensuite d'une glissade et chute à sa propre hauteur en juillet 2021, elle avait été victime d'une nouvelle entorse du genou gauche se soldant cette fois-ci par une rupture complète du LCA du genou gauche, qui pouvait être considérée comme une rechute du premier accident de 2019.

L'assureur-accidents obligatoire pour le premier accident (de mai 2019), GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après: GROUPE MUTUEL ou la recourante), a transmis le 17 septembre 2021 à la SUVA des documents y afférents, à savoir une "déclaration d'accident LAA" remplie le 3 juin 2021 par un ancien employeur pour l'accident du 23 mai 2019, des rapports d'imagerie médicale des 24 et 31 mai 2019, un certificat d'incapacité de travail du 24 mai au 2 juin 2019, une confirmation le 5 juin 2019 de prise en charge des suites de cet accident.

À cet égard, à teneur d'une note du GROUPE MUTUEL à la suite d'un entretien téléphonique le 30 août 2021 avec l'assurée, une intervention chirurgicale était prévue le 19 octobre 2021, après laquelle son incapacité totale de travail se poursuivrait vraisemblablement.

Dans le document "procès-verbal de la séance médicale" complété le 10 septembre 2021, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil du

GROUPE MUTUEL, a écrit: "L'événement du 23.05.2019 a occasionné une déchirure partielle du LCA. La patient ne présentait vraisemblablement pas d'état antérieur. L'événement du 24.07.2021 a occasionné une déchirure complète du LCA. Cet événement du 24.07.2021 a aggravé structurellement (déchirure complète) l'état antérieur connu depuis 23.05.2019 et il s'agit d'une aggravation déterminante de cet état antérieur. L'incapacité de travail actuelle, le traitement actuel et l'opération prévue le 19.10.2021 sont en relation de causalité naturelle avec l'événement du 24.07.2021".

Le 24 septembre 2021, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la SUVA, s'est déterminé sur le dossier du GROUPE MUTUEL et l'avis du médecin-conseil de ce dernier. Selon lui, l'élément déterminant était l'événement initial – du 23 mai 2019 –, et il partageait l'avis du Dr C_____ de rupture en deux temps, mais, dans une rupture du LCA, l'élément déterminant était la première rupture et l'épisode actuel n'était que le révélateur de l'instabilité antérieurement constituée.

d. Par décision du 24 septembre 2021, la SUVA, considérant implicitement que l'événement du 24 juillet 2021 n'était pas couvert par elle, a refusé d'allouer les prestations d'assurances sollicitées.

Le 7 octobre 2021, l'assurée a écrit à la caisse qu'indépendamment du bien-fondé de sa position, il lui appartenait de prendre en charge provisoirement les suites de cet événement. Le 15 octobre 2021, elle a adressé à la SUVA un courriel allant dans le même sens.

e. Le même 7 octobre 2021, l'intéressée a demandé au GROUPE MUTUEL de prendre en charge l'opération prévue le 19 octobre 2021 de même que tous les frais médicaux et indemnités y afférents, en joignant une attestation établie le même jour par Monsieur F_____, ostéopathe CDS.

Par décision du 1er novembre 2021, le GROUPE MUTUEL a refusé de prendre en charge les suites de l'événement du 24 juillet 2021, au motif que sa responsabilité n'était pas engagée compte tenu de l'avis de son médecin-conseil.

Par "opposition" du 15 novembre 2021, l'assurée a demandé au GROUPE MUTUEL de revoir sa décision.

f. Par pli du 13 janvier 2022, l'assureur-maladie obligatoire de l'intéressée, ASSURA-BASIS SA (ci-après: ASSURA), estimant notamment, en se référant à l'avis du 7 janvier précédent de son médecin-conseil le docteur G_____, que les troubles ayant suivi le 24 juillet 2021 ainsi que l'intervention chirurgicale du 19 octobre 2019 étaient imputés, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'événement du 23 mai 2019, a demandé au GROUPE MUTUEL de revoir sa position et d'indemniser les frais médicaux dès le 24 juillet 2021.

g. Le 11 février 2022 ("procès-verbal de la séance médicale"), le Dr D_____ a maintenu sa position du 10 septembre 2021 initiale.

h. Le 21 février 2022, le Dr E_____ a diagnostiqué une "entorse avec rupture du LCA du genou [gauche]" et une "instabilité du ménisque externe [gauche] par lésion ménisco-capsulaire", et a confirmé sa précédente appréciation, mais a requis la présentation de tous les éléments médicaux existants.

i. Ainsi, le 22 mars 2022, le Dr C_____ a adressé son dossier complet à la SUVA, en particulier ses rapports des consultations des 5 août, 7 octobre et 20 novembre 2021 ainsi que 21 janvier 2022, son compte rendu opératoire rédigé le 1er novembre 2021 à la suite de l'intervention chirurgicale du 19 octobre 2021, sa lettre de sortie du 1er novembre 2021 à la suite de l'hospitalisation du 19 au 21 octobre 2021, des certificats attestant une incapacité totale de travail pour cause de maladie du 19 octobre au 30 novembre 2021, de même qu'un rapport du 20 octobre du docteur H_____, radiologue FMH, à la suite d'une radiographie du genou gauche effectuée la veille.

Le 8 avril 2022, la clinique où exerçait le Dr B_____ a transmis à la caisse les radiographies, ainsi que deux rapports d'interprétation établis le 27 juillet 2021 par celui-ci à la suite de rayons X et d'US exécutés le même jour.

j. À la demande du GROUPE MUTUEL formulée le 31 mai 2022, la caisse a communiqué à celui-ci, par courriel du 9 juin 2022, sa décision du 24 septembre 2021.

k. Par "appréciation médicale" du 15 juillet 2022, le médecin d'arrondissement de la SUVA a persisté dans sa position initiale, l'événement du 24 juillet 2021 n'ayant selon lui pas constitué une aggravation déterminante de celui du 23 mai 2019, ladite aggravation résultant de l'évolution naturelle en causalité selon la vraisemblance prépondérante de l'événement de 2019 avant même la chute de juillet 2021 sur une instabilité récurrente.

l. Par décision sur opposition rendue le 11 août 2022 et adressée à l'intéressée et au GROUPE MUTUEL, la SUVA a rejeté l'opposition formée par l'assurée et a confirmé sa décision – initiale – du 24 septembre 2021.

B. **a.** Par acte du 9 septembre 2022, le GROUPE MUTUEL a, auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), interjeté recours contre la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation et, cela fait, principalement à la condamnation de l'intimée à la prise en charge de l'événement du 24 juillet 2021 et ses suites, subsidiairement au renvoi du dossier à celle-ci pour instruction et nouvelle décision.

b. Le 25 octobre 2022, l'assurée, appelée en cause par ordonnance de la chambre de céans du 20 septembre 2022 et représentée par une association de défense des assurés, s'en est rapportée à justice quant à l'identité du débiteur, SUVA ou

GROUPE MUTUEL, des prestations constituant l'objet du litige, dont le principe et l'étendue n'étaient selon elle pas remis en cause.

c. Par réponse du 9 novembre 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours, joignant notamment une "appréciation médicale" du 3 novembre précédent, du docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement, confirmant la position du Dr E_____.

d. Le 29 novembre 2022, dans le délai octroyé par lettre du 10 novembre 2022 de la chambre des assurances sociales pour formuler d'éventuelles observations, l'appelée en cause s'est plainte de ce que l'intimée n'avait toujours pas presté provisoirement, prise en charge provisoire qu'elle lui avait à nouveau demandée par courriers des 31 octobre et 29 novembre 2021.

e. Par réplique du 9 décembre 2022, la recourante a persisté dans les conclusions de son recours, écriture qui a été transmise le 12 décembre 2022 par la chambre de céans aux autres parties pour information.

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 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.

La modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2021. Elle est ainsi applicable, dès lors que le recours a été interjeté postérieurement à cette date (art. 82a LPGA a contrario).

3. Interjeté dans la forme et le délai - de trente jours - prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]).

4. Le présent litige porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à nier sa responsabilité en LAA pour les suites (en particulier frais de traitement et indemnités journalières) de l'événement dont l'appelée en cause a été victime le

24 juillet 2021, au motif que la cause de l'atteinte – LCA du genou gauche – était un premier événement ayant touché ledit genou le 23 mai 2019.

5.

5.1 Aux termes de l'art. 6 LAA, si ladite loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Les prestations que l'assureur-accidents doit, cas échéant, prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins par suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (IPAI) si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

5.2 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), y compris les conséquences indirectes (ATF 148 V 356 consid. 3 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.

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).

5.3 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). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 précité consid. 5.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

5.4 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).

5.5 Un second événement accidentel, non assuré, peut donner lieu à une obligation de prester de la part de l'assureur-accidents compétent pour le premier accident pour autant que le second constitue la conséquence adéquate du premier (ATF 148 V 356 consid. 6.2 et 6.3 et les références). L'admission de la causalité adéquate suppose, en tout cas, que l'état antérieur post-traumatique ait conduit à un risque accru d'accident (ATF 148 V 356 consid. 7.3.1).

5.6 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).

5.6.1 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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).

5.6.2 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).

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. Étant 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).

Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n’est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L’importance de l’examen personnel de l’assuré par l’expert n’est reléguée au second plan que lorsqu’il s’agit, pour l’essentiel, de porter un jugement sur des éléments d’ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s’avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d’un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de

la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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).

5.7 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

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).

Concernant la question d'éventuelles rechutes ou séquelles tardives, 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).

5.8 Selon l'art. 78a LAA, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) statue sur les contestations pécuniaires entre assureurs.

Il est compétent pour trancher lequel des assureurs est tenu d'allouer ses prestations selon le droit matériel (conflit négatif de compétence), ainsi que lorsqu'un assureur demande à un autre de lui rembourser des prestations qu'il a servies à un assuré (cf. ATF 140 V 321 consid. 3.7.3; ATF 127 V 176 consid. 4d et les références) et en cas de désaccord entre assureurs sur l'étendue respective de leurs prestations (arrêts du Tribunal fédéral 8C_694/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.3.1 [confirmant l'ATAS/897/2021 du 26 août 2021] et 8C_121/2019 du 29 mai 2020 consid. 5.3.1 et la référence).

La procédure selon l'art. 78a LAA n'interdit pas à l'assureur de rendre une décision, ainsi qu'une décision sur opposition, par lesquelles il notifie à l'assuré son refus d'allouer des prestations, motif pris qu'il s'estime non compétent, tout en communiquant sa décision à l'assureur qu'il tient pour compétent (ATF 125 V 324 consid. 1b). Selon la jurisprudence, ladite décision peut alors être contestée d'une manière indépendante mais en faveur de l'assuré ("Drittbeschwerde pro Verfügungsadressat") par ce second assureur, d'abord par une opposition, puis par un recours auprès du tribunal cantonal des assurances. Dans ce cas de figure, le point de savoir quel assureur doit verser les prestations d'assurance est décidé par le tribunal cantonal (arrêts du Tribunal fédéral 8C_694/2021 précité consid. 3.3.1, 8C_121/2019 précité consid. 5.3.1 et 8C_606/2007 du 27 août 2008 consid. 9.2). L'assureur-accidents dispose ainsi d'un droit de recourir contre la décision de l'autre assureur déclinant son obligation de prester puisqu'il pourrait être appelé à octroyer des prestations à la place de ce dernier (arrêts du Tribunal fédéral 8C_694/2021 précité consid. 3.3.1 et 8C_606/2007 précité consid. 9.2;

FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 3e éd. 2016, p. 1140 n. 901).

Cela ne signifie toutefois pas que l'assureur social ait la qualité d'autorité revêtue du pouvoir de rendre une décision à l'égard d'un autre assureur de même rang quant à l'obligation éventuelle de prester de celui-ci (ATF 120 V 489 consid. 1a; arrêts du Tribunal fédéral 8C_694/2021 précité consid. 3.3.1 et 8C_121/2019 précité consid. 5.2 et les références). L'art. 78a LAA a été intégré dans la loi précisément parce qu'un assureur-accidents qui ne s'estime pas compétent pour la prise en charge d'un événement accidentel n'a aucun pouvoir décisionnel à l'égard d'un autre assureur-accidents ou de la Caisse supplétive LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C_694/2021 précité consid. 3.3.1 et 8C_293/2009 du 23 octobre 2009 consid. 4). Il ne peut dès lors pas contraindre un autre assureur social, par voie de décision, à lui rembourser les prestations allouées à un assuré (ATF 127 V 176 consid. 4a; ATF 120 V 486 consid. 1a).

6.

6.1 En l'espèce, la recourante a décrit le deuxième événement – du 24 juillet 2021 – de la manière qui suit, avant le conflit de compétence négatif entre l'intimée et la recourante et sans qu'il y ait un quelconque motif pour mettre en doute la sincérité de ses descriptions. "En glissant le genou a craqué" (déclaration de sinistre LAA). "En marchant, mon genou a flanché, comme s'il avait lâché. J'ai glissé vers l'avant, je suis tombée en hyper extension. Mon genou a craqué. La chute est arrivée sans prévenir, mon genou gauche est depuis 2 ans sensible et parfois produit comme un lâchement". Puis: "Après le lâchement de mon genou, j'ai heurté le sol". À la question de savoir quand elle avait ressenti ces troubles pour la première fois, l'assurée a répondu: "Il y a deux ans, suite à une chute, ce genou est resté douloureux et instable" (réponses de l'assurée du 10 août 2021 aux questions de la caisse).

Lors de l'entretien téléphonique du 30 août 2021, l'intéressée a dit que, depuis la fin du traitement (notamment une dizaine de séances de physiothérapie, mais pas d'opération) ayant suivi l'événement du 23 mai 219, elle s'était "tout de même rendue à plusieurs reprises chez son ostéopathe car son genou continuait à la faire souffrir. Le 24 juillet 2021, son genou a lâché et cela l'a fait chuter. Ce n'était pas la première fois que cela arrivait depuis l'accident de 2019, mais c'était la première fois qu'elle perdait l'équilibre". Il était, à la fin de la note retranscrivant cet entretien, précisé qu'elle n'avait aucun antécédent à son genou avant l'accident du 23 mai 2019, ce que le Dr D_____, médecin-conseil de la recourante, a admis le 10 septembre 2021.

Le premier événement – du 23 mai 2019 – avait quant à lui été décrit ainsi dans la "déclaration d'accident LAA": "L'assurée marchait dans une salle (…), lorsqu'elle a soudainement glissé sur une flaque d'eau et est tombée sur le genou gauche".

Cela étant, dans sa réponse au recours du 25 octobre 2022, l'appelée en cause, tout en se référant à l'art. 6 al. 2 let. g LAA, a précisé que c'était bien la chute le 24 juillet 2021 et le choc sur le genou qui avait entraîné la déchirure complète du LCA, et non le simple "lâchage" du genou à l'origine de la chute.

6.2 Au plan médical, il est incontesté entre les différents médecins qui ont examiné le présent cas (y compris l'auteur du rapport d'imagerie médicale du 31 mai 2019) que le premier événement – du 23 mai 2019 – a entraîné une déchirure – ou rupture – partielle du LCA du genou gauche de la recourante et que la nouvelle entorse survenue le 24 juillet 2021 s'est soldée cette fois-ci par une rupture complète dudit LCA.

6.2.1 Le Dr C_____, médecin orthopédiste traitant – qui avait déjà suivi l'assurée en 2019 (note de l'entretien téléphonique du 30 août 2021) – et l'avait revue le 5 août 2021, a d'emblée, le 23 août 2021, avant même le début du conflit négatif de compétence, considéré qu'il s'agissait ici d'une rupture du ligament "en deux temps" et que le second événement était une rechute du premier, ajoutant qu'il avait été démontré dans la littérature – médicale – que "50% des patients victimes d'une rupture partielle et actif dans des activités de pivot complètent la lésion du [LCA] dans l'année ou les deux ans qui suivent". Selon ce spécialiste, "suite à une glissade et chute de sa propre hauteur, [la patiente a été] victime d'une nouvelle entorse se soldant cette fois par une rupture complète du [LCA]".

Aucun indice pertinent pour le présent litige ne peut être tiré des rapports des radiologues, si ce n'est que, dans son rapport du 27 juillet 2021 faisant suite aux rayons X du genou gauche, le Dr B_____ a notamment noté "Pas de lésion osseuse traumatique".

6.2.2 Selon le premier avis, du 10 septembre 2021, du médecin-conseil du GROUPE MUTUEL, l'événement du 24 juillet 2021, causant une "déchirure complète du LCA avec contusion osseuse", a aggravé structurellement (déchirure complète) l'état antérieur connu depuis le 23 mai 2019 (déchirure partielle du LCA), et il s'agissait d'une aggravation déterminante de cet état antérieur, de sorte que l'incapacité de travail et le traitement actuels ainsi que l'opération prévue le 19 octobre 2021 étaient en relation de causalité naturelle avec l'événement du 24 juillet 2021.

Cette prise de position ne repose sur aucune motivation circonstanciée.

Le 11 février 2022, après avoir pris connaissance des avis des Drs E_____ et G_____, respectivement médecin d'arrondissement de la SUVA et médecin-conseil d'ASSURA, le Dr D_____ a complété sa motivation. D'après lui, les éléments du dossier permettaient de confirmer qu'il s'agissait manifestement d'une lésion du LCA en deux temps, l'événement du 23 mai 2019 ayant provoqué une déchirure partielle du LCA et celui du 24 juillet 2021 une déchirure complète. Ce dernier événement ne se résumait cependant pas, toujours d'après le médecin-conseil de la recourante, à une simple sensation isolée que le genou avait flanché,

comme s'il avait lâché. En effet, cet événement du 24 juillet 2021 comprenait une glissade vers l'avant et une chute en hyper-extension/torsion du genou et "ces mécanismes vulnérants" étaient susceptibles de provoquer une déchirure complète du LCA; ce craquement du genou avait d'ailleurs été perçu par la patiente lors de la glissade vers l'avant et la chute en hyper-extension/torsion du genou; ces mécanismes lésionnels du 24 juillet 2021 (glissade, chute et hyper-extension/torsion) devaient être relativement sévères puisqu'ils avait également entraîné des contusions osseuses (plateau tibial et condyle fémoral externe) et un épanchement intra-articulaire de moyenne abondance – réactionnelle – comme noté dans le rapport d'IRM du 28 juillet 2021. L'événement du 24 juillet 2021 ne constituait pas une rechute de celui du 23 mai 2019, mais un nouvel événement qui avait provoqué la déchirure complète du LCA du genou gauche, et, sans la survenance de ce second événement, comprenant notamment une glissade vers l'avant et une chute en hyper-extension/torsion du genou, l'évolution n'aurait certainement pas été la même et le traitement chirurgical réalisé n'aurait pas eu lieu le 19 octobre 2021.

6.2.3 À teneur de l'avis du 7 janvier 2022 du Dr G_____, s'agissant de l'événement du 24 juillet 2021, on se trouvait en présence d'une lésion corporelle au sens de l'art. 6 al. 2 LAA due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie, et les troubles ayant suivi ledit deuxième événement, y compris l'intervention du 19 octobre 2021, étaient imputés, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'événement du 23 mai 2019. D'après ce médecin-conseil, sans l'événement du 23 mai 2019, celui du 24 juillet 2021 "n'aurait pas entraîné la totalisation de la rupture du LCA", et on se trouvait bien en présence d'une lésion qui était due de manière prépondérante à un état pathologique antérieur, mais le Dr D_____ avait raison quand il disait que l'événement du 24 juillet 2021 avait entraîné une décompensation déterminante d'un état pathologique préexistant.

6.2.4 Quant au Dr E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, il s'est déterminé le 24 septembre 2021 sur le dossier du GROUPE MUTUEL et l'avis du médecin-conseil de ce dernier. Selon lui, l'élément déterminant était l'événement initial – du 23 mai 2019 –, et il partageait l'avis du Dr C_____ de rupture en deux temps, mais, dans une rupture du LCA, l'élément déterminant était la première rupture et l'épisode actuel n'était que le révélateur de l'instabilité antérieurement constituée.

Selon l'"appréciation médicale" du 15 juillet 2022 dudit médecin d'arrondissement, qui diagnostiquait une "entorse avec rupture du LCA du genou [gauche]" et une "instabilité du ménisque externe [gauche] par lésion ménisco capsulaire", l'événement du 24 juillet 2021 n'était pas une chute, mais l'instabilité articulaire, laquelle, par son caractère soudain, douloureux potentiellement, pouvait entraîner la chute, les mécanismes décrits par l'assurée au cours des deux années précédent cet événement étant des épisodes d'entorse/subluxation (en décompensation au fil du temps) a minima. Cette

instabilité consistait en ce que le genou n'était pas contrôlé, étant hyperlaxe, et il avait alors présenté une véritable subluxation du tibia par rapport au fémur, ce qui représentait une instabilité complète ("ressaut"), confirmée radiologiquement par le Dr B_____ qui avait conclu le 28 juillet 2021 à des "plages de contusion du rebord postérieur du plateau tibial externe et du tiers antérieur du condyle externe, en rapport avec l'épisode de subluxation". Ce n'était pas la chute du 24 juillet 2021 qui avait constitué une aggravation déterminante, mais cette dernière était déjà constituée, "par évolution naturelle en causalité en vraisemblance prépondérante de l'événement de 2019 avant même la chute de juillet 2021 sur une instabilité récurrente". L'événement du 24 juillet 2021 pouvait être considéré comme une rechute de celui du 23 mai 2019.

Cette "appréciation médicale" a été confirmée par celle du 3 novembre 2022 du Dr I_____, également médecin d'arrondissement de l'intimée, qui a en outre relevé que, selon l'attestation établie le 7 octobre 2021 par M. F_____, ostéopathe CDS qui avait suivi l'assurée depuis août 2019 pour les "suite de son accident de vélo en juin 2019", le premier bilan, du 13 août 2019, mettait en évidence une instabilité au Lachmann avec un arrêt mou associé à un épanchement et un défaut d'appui en charge ainsi qu'une atrophie significative du quadriceps gauche, et le bilan du 28 juillet 2021 mettait en évidence une rechute et aggravation de l'instabilité du LCA suite à une sollicitation mécanique. Selon le Dr I_____, l'atteinte préexistante, à savoir l'insuffisance fonctionnelle du LCA du genou gauche entraînée par l'atteinte initiale de 2019 avec une instabilité symptomatique décrite par l'intéressée, avait été aggravée par l'événement du 24 juillet 2021, mais celui-ci n'en était pas la condition *sine qua non* et n'avait fait que révéler cette situation antérieure.

6.3 Il ressort des avis médicaux rapportés ci-dessus que tous les médecins ayant traité et/ou examiné l'assurée à la suite de l'événement du 24 juillet 2021 sont d'accord avec l'existence d'un lien de celui-ci avec l'événement du 23 mai 2019. Cependant, d'après le médecin-conseil de la recourante, l'événement du 24 juillet 2021 a entraîné une aggravation déterminante (ou "structurelle") de l'état antérieur connu depuis l'événement du 23 mai 2019, alors que, selon les médecins d'arrondissement de l'intimée, l'événement du 24 juillet 2021 ne constituait pas une telle aggravation déterminante mais une rechute de celui du 23 mai 2019 due à l'évolution en causalité naturelle de l'instabilité de genou gauche qui avait pour origine ce premier événement.

Dans un cas où le médecin d'arrondissement de la SUVA, suivi par la juridiction cantonale mais non par la personne assurée, avait retenu que le *statu quo sine vel ante* était intervenu deux mois après l'accident s'agissant des troubles au genou et à l'épaule gauches, et six mois après l'accident s'agissant des troubles au rachis (cf. art. 36 al. 1 LAA), le Tribunal fédéral a considéré qu'il ne suffit pas d'évoquer une aggravation déterminante d'un état antérieur, sans étayer par quelle lésion structurelle objectivable en lien avec l'accident celle-ci aurait été causée. Par

ailleurs, la Haute Cour a rappelé qu'il est dans la nature de toute lésion dégénérative de progresser dans le temps; sa seule progression ne permet toutefois pas de conclure à l'existence d'une aggravation déterminante, dès lors qu'elle aurait tôt ou tard provoqué à nouveau des symptômes, même en l'absence de tout traumatisme (arrêt du Tribunal fédéral 8C_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 4.4.1).

6.4 Cela étant, l'examen de la nature juridique d'un accident et de la réglementation pour l'allocation des prestations en cas de pluralité d'accidents, puis du déroulement précis des événements conduit à la conclusion ci-après.

6.4.1 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 notion d'accident repose ainsi sur cinq éléments cumulatifs : il doit s'agir d'une atteinte dommageable (1), présentant un caractère soudain (2) et involontaire (3), qui résulte d'un facteur extérieur (4) et extraordinaire (5). En outre, l'atteinte à la santé doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire (Stéphanie PERRENOUD, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 5 ad art. 4 LPGA, et les références citées).

La condition que l'atteinte à la santé doit trouver son origine dans un facteur extérieur signifie qu'elle doit résulter d'une cause exogène au corps humain. Cet élément, qui s'oppose à la cause interne qui caractérise la maladie (art. 3 al. 1 LPGA), permet de distinguer ces deux éventualités. La cause extérieure peut être d'origine mécanique (un choc, une chute, etc.), électrique (une électrocution, p. ex.), chimique (l'émanation de vapeurs toxiques, p. ex.), thermique (une explosion, une brûlure provoquée par de l'eau bouillante ou des jets de vapeur, etc.) ou encore ionisante (des radiations, p. ex.; arrêt du Tribunal fédéral 8C_418/2018 du 12 juillet 2019 consid. 6.2; Stéphanie PERRENOUD, op. cit., n. 19 s. ad art. 4 LPGA). En revanche, un événement qui se produit à l'intérieur du corps (processus biologique, physiologique ou psychique), tel qu'une hémorragie cérébrale, un infarctus du myocarde ou encore la rupture d'une prothèse défectueuse de la hanche qui survient en l'absence de tout événement extérieur anormal ne saurait être considéré comme un accident, faute de cause extérieure (ATF 142 V 219; arrêt du Tribunal fédéral 8C_418/2018 précité consid. 6.2; Stéphanie PERRENOUD, op. cit., n. 22 ad art. 4 LPGA). Un état maladif (cause interne) peut être à l'origine d'un événement accidentel (assuré) ou en favoriser la survenance. Cela suppose toutefois que l'accident comme tel apparaisse comme la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé ou du décès (ATF 142 V 435 consid. 2; ATF 102 V 131). En effet, l'existence d'un accident doit être admise « lorsque ce dernier a été provoqué par une maladie qui n'est elle-même pas la cause physiologique de l'atteinte » ; à cet égard, est déterminante « la cause

immédiate » de l'atteinte à la santé, et non pas les circonstances dans lesquelles celle-ci est survenue. Ainsi, la fracture d'une jambe à l'occasion d'une chute causée par la diminution intermittente de la pression sanguine constitue, par exemple, un accident ; l'atteinte à la santé (en l'espèce, la fracture de la jambe) trouve en effet sa cause directe et adéquate dans la chute et non pas dans l'état maladif préexistant (*in casu*, des problèmes de pression). En revanche, l'assuré qui, à la suite d'un malaise, chute au cours d'une randonnée en montagne et atterrit mètres en contrebas, dans un champ d'éboulis, n'est pas victime d'un accident si la cause la plus probable des lésions ou du décès provient d'un état maladif ; dans le cas d'espèce, les blessures occasionnées par la chute ne présentaient pas une gravité suffisante pour entraîner la mort, de sorte que le décès de l'assuré devait être imputé à la défaillance cardio-vasculaire (ATF 142 V 435; ATF 102 V 131; ATF 99 V 136; Stéphanie PERRENOUD, op. cit., n. 23 et 50 ad art. 4 LPGA).

6.4.2 Aux termes de l'art. 77 al. 2 LAA, en cas d'accident non professionnel, il incombe à l'assureur auprès duquel la victime de l'accident était aussi assurée en dernier lieu contre les accidents professionnels, d'allouer les prestations.

En vertu de l'art. 99 al. 2 OLAA – au titre "allocation des prestations en cas de pluralité d'employeurs" –, en cas d'accident non professionnel, les prestations sont allouées par l'assureur de l'employeur pour lequel l'assuré a travaillé en dernier lieu en étant couvert pour les accidents non professionnels. Si l'accident implique le versement d'une rente, d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité ou d'une allocation pour impotent, les autres assureurs intéressés couvrant également les accidents non professionnels doivent, à la demande de l'assureur tenu d'allouer les prestations, lui rembourser une partie de celles-ci. La part est calculée d'après le rapport qui existe entre le gain assuré chez chaque assureur et le gain total assuré.

À teneur de l'art. 100 OLAA – intitulé "allocation des prestations en cas de pluralité d'accidents" –, si un assuré est victime d'un accident alors qu'il a droit à des indemnités journalières pour un accident assuré précédent, l'assureur tenu de lui verser les prestations jusqu'alors prend également en charge les soins médicaux et le remboursement des frais selon les art. 10 à 13 LAA, ainsi que les indemnités journalières pour le nouvel accident. Les assureurs intéressés peuvent déroger par convention à cette règle, notamment si le nouvel accident a des conséquences considérablement plus graves que le précédent. L'allocation de prestations par l'assureur de l'accident précédent prend fin lorsque l'accident précédent n'est plus la cause de l'atteinte à la santé qui subsiste (al. 1). Si un assuré est victime d'un accident alors qu'il est en traitement selon l'art. 10 LAA pour un accident assuré précédent sans avoir droit à des indemnités journalières pour cet accident, l'assureur tenu de lui verser les prestations pour le nouvel accident prend également en charge les soins médicaux et le remboursement des frais selon les art. 10 à 13 LAA pour les accidents précédents. L'allocation de

prestations par l'assureur du nouvel accident prend fin lorsque le nouvel accident n'est plus la cause de l'atteinte à la santé qui subsiste (al. 2). En cas de rechute ou de séquelles tardives du fait d'une pluralité d'accidents assurés, l'assureur tenu de verser les prestations pour le dernier accident prend en charge les soins médicaux et le remboursement des frais selon les art. 10 à 13 LAA, ainsi que les indemnités journalières (al. 3). Dans les cas visés aux al. 1 à 3, les autres assureurs n'ont pas l'obligation de rembourser l'assureur tenu de verser les prestations (al. 4).

6.4.3 Dans le cas présent, sur la base des déclarations de l'appelée en cause et des faits de nature médicale, il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que, le 24 juillet 2021, le genou gauche de l'intéressée a "craqué" ou "lâché", à savoir que le LCA n'a, de manière soudaine et involontaire, plus été en mesure d'en assurer la stabilité. Ce "lâchage" était dû à l'instabilité articulaire qui persistait depuis la déchirure partielle dudit LCA causée par l'accident du 23 mai 2019, et il a entraîné immédiatement la chute de l'assurée. Comme expliqué le 23 août 2021 par le Dr C_____ – qui est un des premiers spécialistes à avoir examiné l'appelée en cause après l'événement du 24 juillet 2021 – ainsi que par celle-ci dans sa réponse au recours, ce n'est pas le "lâchage" mais le choc dû à la chute sur le sol qui a causé la rupture – ou déchirure – complète du LCA.

Cette chute du 24 juillet 2021 – facteur extérieur et extraordinaire – est donc la condition *sine qua non* de la déchirure complète du LCA du genou gauche. Certes, l'instabilité articulaire à cet endroit (cause interne) a été à l'origine de ladite chute, mais c'est cet événement accidentel (assuré) – accident non professionnel au sens de l'art. 6 al. 1 LAA – qui comme tel apparaît comme la cause – immédiate – naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé qu'est la rupture complète du LCA.

Le fait qu'il n'y aurait pas eu de chute sans l'instabilité articulaire au genou gauche (état maladif préexistant) et même le fait que, sans cette instabilité, la conséquence de la chute du 24 juillet 2021 n'aurait peut-être pas été une déchirure complète du LCA mais tout au plus une rupture partielle ne changent rien au fait que, sans la chute en tant que telle, cette rupture n'aurait été complète. Il découle de la jurisprudence confirmant la nature accidentelle au sens de la LAA d'un événement même s'il est dû à un état maladif préexistant et pour autant que l'événement soit la cause immédiate de l'atteinte à la santé pertinente, de même que de l'application par analogie de l'art. 36 al. 1 LAA (selon lequel 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) ce qui suit: le fait qu'une nouvelle déchirure du LCA, cette fois-ci complète, n'aurait le cas échéant pas eu lieu sans l'instabilité articulaire ayant fait suite à l'accident du 23 mai 2019 et pourrait présenter sous cet angle en quelque sorte une composante partielle de rechute (art. 11 OLAA) n'implique pas une absence de responsabilité selon la LAA de la SUVA pour l'événement (chute) du 24 juillet 2021 – qui remplit les conditions d'un accident –,

ni une réduction des prestations à verser par celle-ci pour les suites dudit événement.

En effet, d'une part, l'atteinte à la santé pertinente (déchirure complète du LCA) est, au moins en partie, imputable à la chute (accident) du 24 juillet 2021. Cet accident prime l'aspect rechute de l'état de santé de l'intéressée à cette même date. En effet, le passage, dû à ladite chute, d'une déchirure partielle du LCA du genou gauche à une déchirure complète constitue, malgré leur lien, une aggravation importante, significative (ou "déterminante" comme indiqué par le Dr D_____) de l'état de santé de l'assurée par rapport à celui existant avant l'événement du 24 juillet 2021, aggravation assimilable ainsi à un *aliud*, une autre atteinte à la santé que celle ayant fait suite à l'événement du 23 mai 2019.

D'autre part, la responsabilité en LAA de l'intimée pour l'accident du 24 juillet 2021 est la seule solution compatible avec les art. 77 LAA ainsi que 99 et surtout 100 OLAA. Les al. 2 et 3 de l'art. 100 OLAA se rapprochent de la situation présentement litigieuse, sauf qu'il n'y avait pas le traitement selon l'art. 10 LAA mentionné par l'art. 100 al. 2 OLAA avant l'accident du 24 juillet 2021. Selon la jurisprudence, ils s'appliquent lorsque l'atteinte à la santé en cause (qui peut être une rechute) découle de plusieurs événements assurés sans qu'il soit clair quel est le cas de base, et reposent sur le principe que l'assureur-accidents qui est le plus proche sur le plan temporel du déclenchement de ladite atteinte verse l'entier des prestations LAA (arrêt du Tribunal fédéral U 417/01 du 17 juillet 2002 consid. 3c, cité par la Commission ad hoc sinistres LAA de l'Association suisse d'assurances, recommandation n° 01/2017 "Assureurs compétents en cas d'implication de plusieurs assureurs", 2017, révisée en 2018 et 2019, ch. 3.2.2, trouvable sur internet sous "https://www.svv.ch/sites/default/files/2019-05/SVV_Empfehlungen_Verhältnis_UVG_2019_FR.pdf", document mentionné dans le recours). Ces al. 2 et 3 de l'art. 100 OLAA s'appliquent a fortiori au présent cas, dans lequel il n'avait pas de traitement médical avant l'accident du 24 juillet 2021 et dans lequel est établie une causalité naturelle et adéquate entre cet accident et, pour partie à tout le moins, l'atteinte à la santé pertinente. Or, en l'occurrence, la caisse était l'assureur-accidents susceptible de prester à la date du 24 juillet 2021.

Il sied pour le reste de préciser qu'en tout état de cause, la jurisprudence de l'ATF 148 V 356 n'est pas applicable ici, car elle porte sur des cas où le second événement accidentel n'est en principe pas assuré en matière de LAA.

6.5 En définitive, vu le rapport de causalité naturelle et adéquate – déterminant – entre la chute accidentelle du 24 juillet 2021 et la déchirure complète du LCA du genou gauche, l'intimée doit prendre en charge, quant au principe les suites de cette atteinte à la santé.

Conformément à l'art. 100 al. 4 OLAA, la recourante n'aura pas l'obligation de rembourser l'intimée pour les prestations que cette dernière sera tenue de verser à

l'appelée en cause, à tout le moins tant qu'il s'agira de la prise en charge des frais de traitement (art. 10 LAA) et des indemnités journalières (art. 16 LAA).

7. Vu ce qui précède, le recours sera admis, la décision sur opposition querellée annulée, il sera dit que l'intimée doit, quant au principe, prendre en charge les suites de l'accident du 24 juillet 2021, et la cause sera renvoyée à l'intimée pour détermination des prestations LAA à verser à l'appelée en cause, y compris fixation de l'étendue et de la durée de ladite prise en charge.

8. La recourante, qui sollicite des dépens mais agit en tant qu'assureur social devant une juridiction de première instance, n'a pas droit à des dépens (ATF 126 V 143 consid. 4; ATAS/293/2023 du 2 mai 2023 consid. 17; Jean MÉTRAL, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 100 ad art. 61 LPGA). L'appelée en cause conclut elle aussi à des dépens, mais elle n'y a pas non plus droit, dans la mesure où elle s'en rapporte à justice concernant l'issue du recours (cf. art. 61 let. g LPGA).

La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis LPGA).

***

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition rendue le 11 août 2022 par l'intimée.
4. Dit que l'intimée doit, quant au principe, prendre en charge les suites de l'accident du 24 juillet 2021 dont l'appelée en cause a été victime.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour détermination des prestations d'assurance-accidents à verser à l'appelée en cause, au sens des considérants.
6. Dit qu'il n'est pas alloué de dépens.
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	Le président
Diana ZIERI	Blaise PAGAN

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