

# **GE\_GERICHTE ATAS/1485/2012 vom 10. Dezember 2012**

GE Cour de justice, 2012-12-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1485\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1485_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1485/2012 du 10 décembre 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1485/2012 del 10 dicembre 2012

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAA). La LGPA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1; ATF 129 V 1 consid. 1.2). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b, ATF 112 V 359 consid. 4a). L'accident dont il est question s'étant produit le 26 février 2007, la LPGA est donc applicable.

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA).

### **E. 4**

L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimée était fondée à reconsidérer sa décision de prise en charge de la rechute annoncée le 29 janvier 2008, laquelle a nécessité en particulier l'intervention chirurgicale effectuée le 23 avril 2008 et a entraîné une incapacité de travail.

### **E. 5**

La Cour de céans relèvera que la recourante conclut dans sa dernière écriture à ce que l'intimée prenne en charge également les frais de l'opération effectuée le 16 février 2010.

A/2564/2011 - 9/15 - Il y a lieu à cet égard de rappeler que dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a

pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1a, 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). En l'occurrence, malgré le fait que la recourante ait sollicité auprès de l'intimée - par pli du 15 octobre 2010 - qu'une décision formelle soit rendue concernant la prise en charge de l'opération du 16 février 2010, force est de constater que ni la décision du 30 décembre 2010, ni celle du 13 juillet 2011 ne portent sur ce point. Il s'ensuit que la conclusion de la recourante tendant à la prise en charge par l'intimée de l'opération du 16 février 2010 excède l'objet du litige et n'est donc pas recevable. L'intimée sera toutefois invitée à rendre, dans les plus brefs délais, une décision susceptible d'opposition sur ce point.

## **E. 6**

a) 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 exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant,

A/2564/2011 - 10/15 - 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). b) 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; ATFA non publié U 80/05 du 18 novembre 2005, consid.1.1).

#### **E. 7**

a) L'art. 49 al. 1 LPGA prévoit que l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'intéressé n'est pas d'accord. Les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties (art. 49 al. 3, 1ère phrase LPGA). Les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées à l'art. 49 al. 1, peuvent être traitées selon une procédure simplifiée (art. 51 al. 1 LPGA). L'octroi de prestations sans décision formelle par un assureur social - dans le cadre de la procédure simplifiée prévue par l'art. 51 LPGA (ATF 132 V 412 consid. 5) - peut produire les mêmes effets qu'une décision entrée en force si l'assuré n'a pas, dans un délai d'examen et de réflexion convenable, manifesté son désaccord ou sa volonté de voir statuer sur ses droits dans un acte administratif susceptible de recours (cf. ATF 122 V 367 consid. 3). b) Selon l'art. 124 let. a OLAA, les assureurs doivent communiquer par écrit aux intéressés leurs décisions concernant notamment l'octroi d'une rente d'invalidité, d'une indemnité en capital, d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, d'une allocation pour impotent, d'une rente de survivant ou d'une indemnité en capital

A/2564/2011 - 11/15 - allouée à la veuve, ainsi que la révision d'une rente ou d'une allocation pour impotent.

#### **E. 8**

a) Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (art. 53 al. 1 LPGA). Par ailleurs, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (reconsidération; art. 53 al. 2 LPGA). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c ; 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée ou encore lorsqu'elles ont été correctement appliquées sur la base d'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF non publié 9C\_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, pour qu'une décision soit qualifiée de manifestement erronée, il ne suffit pas que l'administration ou le juge, en réexaminant l'une ou l'autre des conditions du droit aux prestations d'assurance, procède simplement à une appréciation différente de celle qui avait été effectuée à l'époque et qui était, en soi, soutenable. Les organes d'application ne sauraient donc procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un

examen plus approfondi des faits. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence - à l'époque - de preuves de faits essentiels (ATF non publié 9C\_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (ATF non publiés 9C\_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2; 9C\_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb). Ce principe doit toutefois être relativisé quand le motif de reconsidération réside dans les conditions matérielles du droit à la prestation, dont la fixation nécessite certaines démarches et éléments d'appréciation

A/2564/2011 - 12/15 - (évaluations, appréciations de preuves, questions en rapport avec ce qui peut être raisonnablement exigé de l'assuré). Si, par rapport à la situation de fait et de droit existant au moment de la décision entrée en force d'octroi de la prestation (ATF 125 V 383 consid. 3 et les références citées), le prononcé sur les conditions du droit apparaît soutenable, on ne saurait dans ce cas admettre le caractère sans nul doute erroné de la décision (ATF non publié du 2 juillet 2007, 9C\_215/2007, consid. 3.2). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur les faits et la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF non publié 9C\_74/2008 du 17 juillet 2008 consid. 2; ATF 125 V 383 consid. 3). b) En l'absence d'une décision manifestement erronée, l'assureur-accidents conserve la possibilité de procéder à une révision procédurale lorsqu'il se trouve notamment face à des éléments de preuve nouveaux susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente du cas, qu'il ne connaissait pas au moment où il est entré en matière sur le versement de prestations d'assurance (art. 53 al. 1 LPGA). La révision procédurale est soumise aux délais prévus par l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative (PA), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1er LPGA, à savoir un délai relatif de nonante jours dès la découverte du motif de révision et un délai absolu de dix ans qui commence à courir avec la notification de la décision (cf. KIESER, op. cit., n. 16 ad art. 53 ; ATF non publié du 3 août 2007, I 528/06 consid. 4.2 et les références). c) Dans le domaine particulier de l'assurance-accidents, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser que l'assureur-accidents ne peut mettre fin avec effet rétroactif à son obligation de prester que si les conditions de la reconsidération ou de la révision procédurale (art. 53 al. 1 et 2 LPGA) sont remplies et s'il n'a pas déjà reconnu son obligation de prester, par une décision formelle ou informelle (art. 49 et 51 LPGA).

L'assurance-accidents ne conserve donc que la possibilité d'ajuster rétroactivement le droit à des indemnités qu'elle n'a pas encore versées, ainsi que le droit à un traitement médical pour lequel elle n'a pas encore admis son obligation de prester (ATF 8C\_376/2007 du 20 juin 2008, consid. 5.2). L'assureur-accidents a néanmoins la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale) (ATF 130 V 380, consid. 2).

## E. 9

En l'espèce, la Cour de céans relèvera que dans ses décisions litigieuses, l'intimée a mis un terme avec effet ex tunc au versement des prestations d'assurance. Or, il n'est pas contesté que l'intimée avait initialement reconnu son obligation de prester suite à la déclaration de rechute du 29 janvier 2008 - ce de manière

A/2564/2011 - 13/15 - informelle comme le lui permet l'art. 124 let. a OLAA a contrario - en remboursant les frais de traitement médicaux et en versant des indemnités journalières. Dans cette mesure et conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, l'intimée n'était pas en droit de mettre un terme - avec effet rétroactif - à l'obligation de prester et de demander la restitution des prestations qu'elle estime avoir versé à tort. En tout état de cause, les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale n'étaient pas non plus remplies. En effet, s'agissant premièrement de la reconsidération, l'on ne se trouve pas en présence d'une décision initiale manifestement erronée, dont l'irrégularité aurait été rendue manifeste. On rappellera que c'est uniquement à l'aune de la situation que l'intimée avait instruite à l'époque, qu'il y a lieu de juger de l'existence d'un motif de reconsidération. Or, les pièces au dossier s'y rapportant ne permettent pas de considérer que l'octroi de prestations - suite au descellement de la prothèse du genou droit de la recourante - était alors manifestement erroné. Certes, la recourante ne s'est-elle pas plainte auprès de son médecin de son genou droit après sa chute dans les escaliers le 26 février 2007 et le descellement de la prothèse n'a-t-il été constaté que plusieurs mois après cette chute. Il n'en demeure pas moins qu'il est établi que lors de l'événement assuré, la recourante est tombée sur le côté droit et que cette chute a engendré une contusion de son coude droit (rapport de la Dresse A \_\_\_\_\_ du 24 avril 2007). En outre, le Dr B \_\_\_\_\_ a expliqué à l'intimée dans son rapport du 18 mars 2008 que le descellement de la prothèse de genou droit était consécutif à cette chute. Il apparaît ainsi que la décision de l'intimée, de prendre en charge les conséquences du descellement de la prothèse du genou droit, était fondée sur les pièces précitées dont elle disposait et qu'elle n'est pas le résultat d'une appréciation manifestement insoutenable ou lacunaire. Par ailleurs, le fait que les Drs C \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_ soient parvenus en 2009 et en 2011, à une appréciation différente du lien de causalité naturelle suite à une nouvelle analyse de la situation, ne rend pas pour autant la décision d'octroi de prestations prise en 2008 manifestement erronée. L'intimée ne pouvait dès lors pas dûment procéder par la voie de la reconsidération. S'agissant enfin de la révision procédurale, bien que l'intimée ait eu connaissance le 18 novembre 2009 de la position contraire du Dr C \_\_\_\_\_, elle n'a rendu sa décision que le 30 décembre 2010, soit au-delà du délai de 90 jours de l'art. 67 de la loi fédérale sur la procédure administrative du 20 décembre 1968 (PA ; RS 172.021), applicable par renvoi de l'art. 55 al. 1 LPGA. Elle ne peut ainsi pas se prévaloir de la révision procédurale. Au vu de ce qui précède, force est de constater que les conditions cumulatives pour mettre fin avec effet rétroactif à l'obligation de prester n'étaient pas remplies. Par conséquent, l'intimée n'était pas en droit de demander la restitution des prestations qu'elle estimait avoir versées à tort. La Cour de céans précisera encore que le fait que l'intimée n'ait pas exigé de la recourante le remboursement des prestations, lesquelles auraient été restituées par l'employeur et les prestataires de soins, ne saurait permettre à l'intimée de se soustraire aux conditions strictes posées par la

A/2564/2011 - 14/15 - jurisprudence à l'égard des assureurs-accidents pour mettre fin avec effet rétroactif à l'obligation de prester.

**E. 10**

Le recours sera par conséquent admis, les décisions litigieuses annulées et l'intimée condamnée à prendre en charge les prestations légales consécutives à l'annonce de rechute du 29 janvier 2008. L'intimée devra par ailleurs rendre une décision formelle concernant la prise en charge de l'intervention chirurgicale effectuée le 16 février 2010.

**E. 11**

La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens fixés en l'espèce à 2'000 fr. (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 LPA). Les appelés en cause n'ont, quant à eux, pas droit à des dépens ; l'assureur-maladie n'étant pas représenté par un mandataire et l'employeur ne s'étant, au demeurant, pas déterminé. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/2564/2011 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.