

GE_GERICHTE A/2564/2011 vom 10. Dezember 2012

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2564_2011

FR: GE_GERICHTE A/2564/2011 du 10 décembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/2564/2011 del 10 dicembre 2012

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame L_____, domiciliée à Perly, représentée par FORTUNA Protection juridique recourante contre COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE SA, sise Steinengraben 41, 4051 Bâle et ASSURA, En Budron A1, Case postale 4, 1052 Mont-sur-Lausanne ETAT DE GENEVE, service des assurances, rue du Stand 26, case postale 3937, 1211 Genève 3 intimée appelée en cause appelé en cause EN FAIT Madame L_____ (ci-après l'assurée), née en 1952, travaille en qualité d'assistante dentaire de la Clinique dentaire auprès de l'ETAT DE GENEVE (ci-après l'employeur) depuis 1987. Elle est assurée à ce titre au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20) auprès de la COMPAGNIE D'ASSURANCES NATIONALE SUISSE S.A. (ci-après l'assureur). Le 26 février 2007, l'assurée est tombée dans les escaliers, sur son lieu de travail. Par déclaration signée le 19 mars 2007 par l'assurée, celle-ci a expliqué sa chute. Elle a indiqué avoir plusieurs hématomes à différents endroits et au coude droit. Selon la déclaration d'accident du 26 mars 2007 établie par l'employeur, l'assurée présentait plusieurs contusions sur le corps. Par rapport du 24 avril 2007, la Dresse A_____, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué une contusion au coude droit, qui présentait un gros hématome et une mobilité réduite. Il n'y avait pas de fracture. Selon les indications de l'assurée, celle-ci avait chuté sur le côté droit. L'incapacité de travail avait été totale du 28 février au 25 mars 2007, date à partir de laquelle l'assurée avait repris son activité. Le traitement avait pris fin également le 25 mars 2007. Le cas a été pris en charge par l'assureur. Le 29 janvier 2008, l'employeur a adressé à l'assureur une déclaration de rechute. Par rapport du 18 mars 2008 adressé à l'assureur, le Dr B_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué un descellement de la prothèse du genou droit suite à la chute du 26 février 2007. L'opération envisagée le 23 avril 2008 consistait à changer la prothèse du genou droit et une incapacité de travail était estimée à trois mois. Le 23 avril 2008, l'assurée a subi l'opération prévue. L'assureur a pris en charge les frais médicaux et a versé les indemnités journalières. Par rapport du 10 septembre 2008, le Dr B_____ a rappelé le descellement post-traumatique de la prothèse totale du genou droit de l'assurée et a indiqué que la prothèse avait été remplacée le 23 avril 2008. Le traitement consistait en des séances de physiothérapie. L'assurée présentait en outre des lombalgies liées à la boiterie temporaire. Par rapport du 27 novembre 2008, le Dr B_____ a relevé la persistance des lombalgies, des douleurs et la difficulté à la montée des escaliers. Les séances de physiothérapie se poursuivaient. Le 19 mai 2009, l'assureur a eu un entretien téléphonique avec son médecin conseil, le Dr C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a indiqué que le changement de prothèse du genou ne lui semblait pas être à charge de l'assureur. Par rapport du 15 juin 2009, le Dr B_____ a diagnostiqué des lombalgies chroniques

importantes, avec une arthrose lombaire inter-articulaire. Les lombalgies avaient été vraisemblablement « décompensées » par la boiterie avant et après le changement de la prothèse. Le 4 juillet 2009, l'assurée a indiqué à l'assureur que suite à un accident dans les années 70 et à différentes interventions, une prothèse au genou droit avait été mise en place en 2003. Le cas avait été pris en charge par les assureurs-maladie (ASSURA et HELSANA). Selon une note interne du 18 novembre 2009, le Dr C _____, à qui le dossier de l'assurée avait été soumis, a estimé que la prise en charge du changement de la prothèse du genou droit en 2008 n'était pas à charge de l'assureur, au motif qu'une prothèse ne peut se casser lors d'une chute. Par pli du 19 novembre 2009, l'assureur a requis de la part d'ASSURA (ci-après l'assureur-maladie), la prise en charge provisoire des frais de traitement médicaux. Il a expliqué que l'examen du dossier ne lui permettait pas de se déterminer sur la prise en charge du changement de prothèse du genou droit et qu'il était dans l'attente de renseignements médicaux complémentaires nécessaires pour fonder sa décision. Lors d'un entretien téléphonique avec l'assureur le 7 décembre 2009, l'assurée l'a informé qu'elle devait subir une nouvelle intervention au genou droit. Par rapport du 17 décembre 2009 adressé à l'assureur, le Dr D _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a expliqué que l'assurée était en incapacité de travail depuis le 1^{er} novembre 2009 en raison de l'impotence fonctionnelle de son genou droit. L'assurée devait prochainement subir un troisième changement de prothèse. Par rapport du 22 janvier 2010, le Dr B _____ a expliqué avoir suivi l'assurée d'octobre 2002 à septembre 2009. Il avait posé une prothèse totale du genou droit le 22 janvier 2003. La chute en 2007 avait entraîné un descellement de cette prothèse et une laxité interne. Après le changement de prothèse effectué le 23 avril 2008 en raison du descellement post-traumatique, la situation s'était péjorée. Par pli du 28 janvier 2010, l'assureur a informé l'assurée de son refus de prendre en charge la nouvelle intervention chirurgicale prévue, ainsi que ses suites. Aucune pièce du dossier ne faisait état d'une atteinte au genou droit lors de la chute survenue le 26 février 2007. C'était donc à tort qu'il avait pris en charge la rechute déclarée en janvier 2008. Le courrier a été adressé pour information à la caisse-maladie. Le 16 février 2010, le Dr D _____ a procédé au changement de la prothèse totale du genou droit. Par courrier du 3 mars 2010 adressé à l'employeur, l'assureur a expliqué être intervenu à tort suite à la rechute annoncée le 29 janvier 2008. Les indemnités journalières versées de manière erronée s'élevaient à 57'107 fr. L'assureur proposait à l'employeur que ce dernier restitue 35'000 fr. pour solde de tout compte. Par rapport du 1^{er} mars 2010, le Dr D _____ a indiqué avoir pris en charge l'assurée dès le 4 septembre 2009. Elle se plaignait alors d'un genou qui ne tenait pas et qui partait de côté suite au changement de prothèse effectué en 2008. Il n'avait pas les éléments pour expliquer la raison du changement de prothèse en 2008, qui s'est ensuite compliqué par un genou douloureux et instable. Le dysfonctionnement de la prothèse implantée en 2008 était clairement lié à une prothèse implantée en valgus avec une balance ligamentaire insuffisante. Il s'agissait d'un problème chirurgical insuffisamment maîtrisé, raison pour laquelle il avait implanté une prothèse plus stable le 16 février 2010. Le 9 août 2010, l'assureur a requis de l'assureur-maladie le paiement de 32'825 fr. à titre de frais médicaux pris en charge par erreur. Le 8 septembre 2010, le Dr B _____ a expliqué qu'avant le changement de prothèse en 2008, l'assurée présentait des douleurs au genou droit. Après le changement de la prothèse et après une période favorable, il y avait eu une dégradation en valgus. A la question de savoir si une chute était de nature à produire un tel descellement, le médecin a répondu que « ce phénomène est rare mais classique surtout dans les prothèses sans ciment à fixation

microgéométrique (deux cas dans mon expérience) ». Il s'agissait en l'espèce d'un descellement post-traumatique typique. Il n'y avait aucune autre cause qui aurait pu provoquer le descellement, puisqu'il n'y avait pas eu avant le changement de la prothèse de signe d'infection, ni de lésion importante. Par pli du 20 septembre 2010, l'assureur a informé la Clinique Générale Beaulieu que tous les frais de traitement payés depuis 2008 devaient lui être remboursés. Par pli du 15 octobre 2010, l'assurée a contesté la position de l'assureur et a réclamé la prise en charge des opérations des 23 avril 2008 et 16 février 2010. Elle s'étonnait que deux ans après l'opération, l'assureur remette en question sa prise en charge. Le 20 octobre 2010, l'assureur a indiqué à l'assurée que la situation médico-juridique était claire ; l'employeur avait déjà remboursé plusieurs dizaines de milliers de francs et l'assureur-maladie allait faire de même prochainement. Le 25 octobre 2010, l'assurée a sollicité une décision formelle concernant la prise en charge par l'assureur des opérations des 23 avril 2008 et 16 février 2010. Par décision du 30 décembre 2010, l'assureur a confirmé sa position, niant tout lien de causalité naturelle entre l'accident du 26 février 2007 et la rechute du 29 janvier 2008. La prise en charge de la rechute du 29 janvier 2008 avait été totalement erronée car l'assurée n'avait pas souffert du genou droit lors de l'accident du 26 février 2007 et n'avait pas été soignée pour cette partie du corps. Par ailleurs, ni l'assureur-maladie, ni l'employeur n'avaient remis en question la reconsidération de la situation. L'assureur avait d'ailleurs reçu le remboursement des prestations sollicitées. Les conditions de la reconsidération étant indubitablement remplies, l'assureur n'était donc pas tenu de servir des prestations suite à l'annonce de la rechute du 29 janvier 2008. Le 20 janvier 2011, le Dr B _____ a certifié que le changement de prothèse totale du genou droit effectué le 23 avril 2008 était dû à un descellement de la prothèse dans le cadre des suites de l'accident subi par l'assurée. Par opposition du 28 janvier 2011, l'assurée a contesté la décision, concluant à la prise en charge des frais de l'opération du 23 avril 2008. Elle a notamment expliqué que les médecins dentistes, qui travaillaient avec elle, avaient constaté que suite à la chute du 26 février 2007, elle se plaignait d'importantes douleurs au genou droit. Elle avait tenté d'ignorer la douleur et avait continué son travail, tout en ayant beaucoup de peine à changer de position. Les témoins avaient constaté que son genou droit était enflé et qu'elle ne pouvait que difficilement le plier. Par avis du 5 juillet 2011, le Dr E _____, médecin conseil et spécialiste FMH en chirurgie, a répondu aux questions de l'assureur en indiquant qu'il était peu probable que le descellement de la prothèse ait été causé par la chute survenue quatorze mois auparavant. Par ailleurs, le descellement d'une prothèse suite à une chute connaissait une évolution progressive. Enfin, dans le cas de l'assurée, il était possible de parler de descellement post-traumatique, comme le faisait le Dr B _____ dans son avis du 29 avril 2008. Par décision sur opposition du 13 juillet 2011, l'assureur a maintenu sa décision. Il a expliqué être intervenu à tort dans la prise en charge de l'opération du 23 avril 2008. Suite à la chute du 26 février 2007, aucune mention n'avait été faite d'un problème au genou et le traitement avait pris fin le 25 mars 2007. Par ailleurs, il n'avait pas été démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il existait un lien de causalité naturelle entre la chute et le descellement de la prothèse. Les appréciations des Drs C _____ et E _____ avaient en outre pleine valeur probante. Vu l'absence de lien de causalité entre l'accident et la rechute annoncée le 29 janvier 2008, il ne faisait aucun doute que la prise en charge de l'opération du 23 avril 2008 avait été erronée, de sorte que l'assureur pouvait reconsidérer sa position. Enfin, l'assurée, qui avait été informée le 28 janvier 2010 de l'intention de l'assureur de reconsidérer la prise en charge de la rechute annoncée en janvier 2008, n'avait

pas à restituer les montants octroyés puisque le remboursement avait déjà été effectué par l'employeur. Par acte du 24 août 2011, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 13 juillet 2011, concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise, principalement, à l'annulation de la décision, à la prise en charge des frais de l'opération du 23 avril 2011 (recte : 2008) et, subsidiairement, au renvoi à l'assureur pour instruction complémentaire. Elle fait valoir que les avis des médecins sollicités par les parties divergent. Les appréciations données par les médecins-conseils de l'intimée ne procèdent toutefois pas d'une analyse claire et convaincante, de sorte qu'une expertise judiciaire se justifie. S'agissant du reproche selon lequel la recourante n'avait pas consulté un médecin tout de suite, elle relève que les personnes travaillant avec elle avaient pu constater qu'elle se plaignait de douleurs au genou droit. La recourante avait signalé ces douleurs et avait été mise en arrêt de travail pendant un mois après l'accident. Elle avait travaillé ensuite, tout en souffrant de douleurs au genou et n'était allée consulter le médecin que lorsqu'elles étaient devenues insupportables, soit en janvier 2008. Elle avait pris des anti-douleurs, n'avait travaillé qu'à 80% et avait bénéficié de deux mois de vacances en été, en profitant pour laisser son genou au repos. Elle avait pensé que les douleurs allaient s'estomper avec le temps. Elle s'était décidée à consulter le Dr B _____ en janvier 2008, lorsqu'elle n'avait plus été capable de monter les marches des escaliers. A l'appui de son recours, la recourante produit notamment une attestation signée le 24 janvier 2011 par les Drs F _____ et G _____, selon laquelle suite à l'accident, son genou droit avait enflé, sa démarche était boiteuse et elle ne pouvait plier le genou qu'avec difficulté. Enfin, la recourante fait valoir que les conditions nécessaires à la reconsidération de la décision de prise en charge des frais liés à l'opération du 23 avril 2008 ne sont pas remplies. Par réponse du 20 septembre 2011, l'intimée conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse. Elle explique que l'on pouvait fortement douter que la chute du 26 février 2007 puisse être la cause du descellement de la prothèse du genou droit. Le Dr E _____, dans son avis du 5 juillet 2011, avait d'ailleurs estimé qu'il était peu probable que la prothèse ait pu être descellée suite à la chute. En outre, plus de quatorze mois séparaient la chute du remplacement de la prothèse, étant rappelé que le diagnostic initial était une contusion au coude droit. Ainsi, en se basant notamment sur l'avis du Dr E _____ et du fait que la recourante ne s'est pas plainte du genou droit suite à la chute, il y avait lieu de constater l'absence de lien de causalité entre l'accident du 26 février 2007 et l'opération du 23 avril 2008. La prise en charge de la rechute du 29 janvier 2008 et de ses suites par l'intimée se révélait donc absolument erronée. Quoi qu'il en soit, la recourante n'avait pas démontré, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'il existait un lien de causalité naturelle entre le descellement de la prothèse et l'évènement du 26 février 2007. Les documents médicaux étant suffisants pour trancher le litige, toute mesure complémentaire d'instruction était inutile. Par ailleurs, les conditions de la reconsidération étaient remplies puisque l'intimée avait versé à tort des prestations. La décision litigieuse devait donc être confirmée. Par réplique du 28 septembre 2011, la recourante a persisté dans ses conclusions, faisant notamment valoir que les avis des Drs C _____ et E _____ n'étaient pas convaincants. Par duplique du 7 novembre 2011, l'intimée a également persisté dans ses conclusions, rappelant que le lien de causalité naturelle entre le descellement de la prothèse et la chute en 2007 n'avait pas été démontré. Par courriers du 20 février 2012, la Cour de céans a demandé aux parties si elles avaient des prétentions pécuniaires, découlant de l'opération effectuée le 23 avril 2008, à faire valoir l'une contre l'autre. Par pli du 27 mars 2012, l'intimée a expliqué que la recourante n'avait pas à

restituer les prestations versées à tort car le remboursement d'une partie des prestations avait déjà été effectué par l'employeur et par les prestataires de soins et que l'assureur-maladie ne s'était pas opposé à la reconsidération de la situation. Elle persistait dans ses conclusions. Par courrier du 30 mars 2012, la recourante a maintenu ses conclusions tendant à l'annulation de la décision sur opposition du 13 juillet 2011, à la prise en charge par l'intimée des frais médicaux et des indemnités journalières concernant la rechute du 29 janvier 2008, dont les frais de l'opération du 23 avril 2008. Elle demande également la prise en charge de l'opération effectuée le 16 février 2010. D'un point de vue pécuniaire, la recourante fait valoir le risque que son employeur lui réclame les indemnités journalières qu'il lui avait reversées sous forme de salaire. Elle réclame également les montants de la franchise et de la quote-part de l'assurance-maladie restés à sa charge s'agissant de l'opération du 23 avril 2008 et de celle du 16 février 2010. Afin de pouvoir chiffrer ces montants, elle conclut à la production par l'intimée et par l'assureur-maladie des décomptes détaillés des prestations. Enfin, si la Cour de céans ne s'estime pas compétente pour statuer sur la question de la prise en charge par l'intimée de l'opération du 16 février 2010, la recourante invite l'intimée à rendre une décision formelle, susceptible d'opposition. Par ordonnances du 30 juillet 2012, la Cour de céans a appelé en cause l'assureur-maladie et l'employeur (ci-après : les appelés en cause) et leur a impartit un délai pour se déterminer. Par pli du 20 septembre 2012, l'assureur-maladie a confirmé n'avoir pas contesté la décision litigieuse de l'intimée du 13 juillet 2011 et avoir accepté le principe de la prise en charge des opérations du 23 avril 2008 et du 16 février 2010. Elle n'avait toutefois pas encore reçu de facture concernant l'opération du 23 avril 2008. Pour le surplus, il s'en remettait à justice. Par écriture du 2 novembre 2012, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Par pli du 5 novembre 2012, la recourante a également persisté dans ses conclusions. Après avoir adressé une copie de ces écritures aux parties, la Cour de céans a gardé la cause à juger. EN DROIT 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 1^{er} 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. 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 LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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. 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). 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. 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. 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. 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, 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). 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 allouée à la veuve, ainsi que la révision d'une rente ou d'une allocation pour impotent. a) Les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement 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 (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. 1 er 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). 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 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 jurisprudence à l'égard des assureurs-accidents pour mettre fin avec effet rétroactif à l'obligation de prester. 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. 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). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

A la forme : Déclare le recours irrecevable en tant qu'il porte sur la prise en charge de l'intervention chirurgicale effectuée le 16 février 2010. Déclare le recours recevable pour le surplus. Au fond : L'admet et annule les décisions de l'intimée du 30 décembre 2010 et du 13 juillet 2011. Dit que l'intimée doit prendre en charge les prestations légales consécutives à l'annonce de rechute du 29 janvier 2008. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul et versement des prestations dues. Invite l'intimée à rendre, dans les plus brefs délais, une décision formelle concernant la prise en charge de l'intervention chirurgicale du 16 février 2010. Octroie à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens. Dit que la procédure est gratuite. 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 Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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