

GE_GERICHTE A/3835/2008 vom 24. Februar 2009

GE Cour de justice, 2009-02-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3835_2008

FR: GE_GERICHTE A/3835/2008 du 24 février 2009

IT: GE_GERICHTE A/3835/2008 del 24 febbraio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 24.02.2009
A/3835/2008

A/3835/2008 ATAS/201/2009 du 24.02.2009 (LAA) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3835/2008
ATAS/201/2009 ARRÊT DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 2 du 24 février 2009 En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE,
comparant par Maître Christian TAMISIER en l'Étude de qui elle élit domicile recourante
contre ZÜRICH, Compagnie d'Assurances sur la Vie, sise à ZÜRICH, comparant Maître
Jean-Michel DUC en l'Étude de qui elle élit domicile intimée EN FAIT Madame
A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1965, travaillait en qualité de
cadre supérieur au service de X_____ (ci-après l'employeur) depuis le 1^{er} août 2004.
À ce titre, elle était assurée auprès de « Zürich », Compagnie d'Assurances sur la Vie
(ci-après l'assureur ou l'intimée) contre le risque d'accidents professionnel et non
professionnel. Selon une déclaration de sinistre établie par l'employeur le 5 décembre 2005,
l'assurée avait été victime, le 14 novembre précédent, d'une entorse de sa cheville droite,
qui avait provoqué une « déchirure ». À compter de cette dernière date, une incapacité
totale de travailler était attestée jusqu'au 18 novembre 2005 par les Hôpitaux Universitaires
de Genève (HUG), la suite du traitement étant confiée au docteur L_____. Par lettres
adressées aux HUG les 20 décembre 2005, 19 janvier et 20 février 2006, l'assureur a
sollicité la remise du certificat médical initial. Sans nouvelles, il a formulé la même requête
en s'adressant à l'assurée par l'intermédiaire de son employeur le 3 mars 2006. Selon
certificat médical établi par le docteur M_____ le 20 avril 2006, l'assurée s'était, le
14 novembre 2005, tordu la cheville droite en se levant d'une chaise, ce qui avait
occasionné une entorse bénigne, laquelle avait été traitée au moyen d'une bande élastique et
d'un antalgique. Une incapacité totale de travail était en outre attestée du 14 au
17 novembre 2005 inclus. Par lettre du 3 mai 2006, l'assureur a adressé un décompte
d'indemnités journalières à l'employeur, et déclaré que par ce décompte, il considérait le
cas comme liquidé. Par lettre du même jour, l'assureur a sollicité de la recourante la remise
d'une attestation médicale pour l'usage de taxis, des frais duquel elle demandait le
remboursement. Selon une déclaration de rechute établie par l'employeur le 4 octobre 2007,
l'assurée, qui avait été victime, le 14 novembre 2005, d'une entorse de sa cheville droite
suite à une chute dans la rue, s'était trouvée en incapacité totale de travailler du 18 au
22 avril 2007. Les premiers soins avaient été prodigués par le docteur N_____,
spécialiste en chirurgie orthopédique, et la suite du traitement confiée au docteur
O_____, spécialiste en radiologie. Renseignements pris par l'assureur, le praticien
précité avait réalisé, le 30 août 2007, une imagerie par résonance magnétique (IRM) du
genou gauche de l'assurée, et établi un rapport médical au terme duquel il diagnostiquait
une lame de liquide intra-articulaire et une déchirure « grade III » de la corne postérieure du

ménisque interne. Le radiologue attestait en outre l'absence de lésion méniscale externe et l'absence de rupture des ligaments croisés et collatéraux. Selon certificat médical établi par le docteur N_____ le 9 octobre 2007, l'assurée disait souffrir de douleurs persistantes au genou gauche suite à une chute survenue deux ans plus tôt. Au vu du diagnostic de déchirure méniscale, une arthroscopie avait été fixée au 18 octobre suivant. Par télécopie du 16 octobre 2007 adressée au docteur P_____, dont la recourante déclarait qu'il l'avait soignée pour les séquelles de l'accident du 14 novembre 2005, l'assureur a sollicité un complément d'information. Le praticien lui a répondu le lendemain par une brève note qui précisait que l'assurée n'était sa patiente que depuis le 12 janvier 2006 et qu'elle lui avait parlé de l'accident en question le 23 mai suivant pour la première fois. Selon son compte-rendu opératoire du 18 octobre 2007, adressé à l'assureur le 23 octobre suivant, le docteur N_____ a procédé à la résection de la corne postérieure du ménisque interne gauche de l'assurée ; à cette occasion, il précisait n'avoir pas constaté de lésions dégénératives. Par télécopie datée du 14 novembre 2007, la recourante a informé l'assureur que dès le moment de l'accident survenu deux ans plus tôt, elle avait éprouvé des douleurs au genou gauche, bien que ce fait n'ait pas, pour une raison inconnue, été précisé dans le rapport médical établi à l'époque. Pour le surplus, l'opération chirurgicale et les IRM montraient qu'il y avait bien une déchirure du ménisque, cette lésion étant donc une lésion assimilée et non une lésion dégénérative. Le 29 novembre 2007, le docteur Q_____, médecin consultant de l'assureur, a rapporté qu'il était peu probable qu'une lésion méniscale, qui peut aussi bien avoir une origine malade qu'accidentelle, ait pu rester asymptomatique près de deux ans ; en outre, l'évocation de l'accident à la consultation du docteur P_____, le 23 mai 2006, n'avait pas été suivie d'un traitement, de sorte qu'il était impossible de déterminer l'origine des plaintes formulées à cette occasion ; d'autre part, en l'absence d'un événement particulier, rien n'indiquait que la lésion fût survenue soudainement. Partant, un lien de causalité entre ledit accident et la déchirure du ménisque n'était que possible, et cette lésion ne pouvait être considérée comme une lésion assimilée. Par décision du 3 décembre 2007, l'assureur a déclaré refuser la prise en charge du traitement de la lésion méniscale de la recourante. En substance, il faisait valoir que ladite lésion ne pouvait être considérée comme assimilable à une lésion accidentelle ; au vu des éléments de fait recueillis, rien ne permettait de conclure à l'existence de circonstances déterminables, susceptibles de faire admettre une telle assimilation. Pour le surplus, s'agissant des conséquences de l'accident du mois de novembre 2005, le statu quo sine avait vraisemblablement été atteint à fin 2005, quand le traitement médical de la cheville droite avait pris fin. En revanche, la seule possibilité d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre la lésion de la corne postérieure du ménisque interne gauche et la chute de novembre 2005 ne permettait pas de fonder une obligation de prester à charge de l'assureur-accidents. Selon une attestation médicale établie le 24 janvier 2008 et un certificat médical du 6 mai suivant, le docteur N_____ a attesté que l'arthroscopie du 18 octobre 2007 avait mis en évidence une déchirure franche, essentiellement radiaire, du ménisque interne, soit une déchirure traumatique typique, et qu'aucune lésion dégénérative, chondrale ou méniscale, n'avait été constatée, à l'exception d'une petite empreinte sur le condyle fémoral en regard de la lésion méniscale. En conclusion, il s'agissait bien d'une déchirure accidentelle du ménisque, de telles lésions étant assimilables à un accident pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. A la demande de l'assurée, le docteur P_____ a, par certificat du 4 avril 2008, attesté que celle-ci s'était plaint, les 23 mai 2006 et 17 janvier 2007, « de ses gonalgies gauches

post-traumatiques, selon elle suite à l'accident de 2005 », et qu'il l'avait dès lors adressée au docteur N_____ pour une arthroscopie. Dans un avis sollicité par l'assureur, le docteur Q_____ a, le 22 mai 2008, exposé que le commentaire du docteur N_____ était possible, mais qu'aucun élément ne prouvait la causalité ; le laps de temps qui s'était écoulé entre l'accident et le traitement faisait cependant pencher pour une origine extra-traumatique. D'autre part, le fait qu'il s'agissait d'une lésion étoilée permettait également de conclure qu'il ne s'agissait pas d'une lésion traumatique, ce genre d'atteinte étant très fréquent chez les sujets âgés de quarante ans et plus. Par lettre du 30 mai 2008 adressée à la recourante, l'assureur l'a informée qu'à considérer la communication de l'attestation du docteur N_____ comme une demandes de révision procédurale, le délai pour faire opposition à la décision du 3 décembre 2007 étant échu, une telle révision ne pouvait être opérée dès lors que lesdites attestations n'apportaient pas d'élément médical nouveau. L'assureur précisait en outre que son refus pouvait, sur demande, faire l'objet d'une décision formelle dans un délai de trente jours. Par lettre du 16 juin 2008, l'assurée a demandé la notification d'une décision formelle. Par décision du 25 juin 2008, l'intimée a confirmé que sa décision du 3 décembre 2007 était entrée en force et a rejeté la demande de révision ou de reconsidération. A l'appui de ses conclusions, elle faisait notamment valoir que même à considérer la communication de l'attestation du docteur N_____ comme un acte d'opposition, l'assurée n'avait pas agi personnellement puisque cette communication avait été le fait dudit médecin ; or, faute d'un intérêt personnel, un médecin n'est pas habilité à faire recours. Pour le surplus, les informations fournies ultérieurement ne faisaient que confirmer les renseignements initiaux, de sorte que les conditions d'une révision n'étaient pas réalisées. Selon une attestation établie le 15 juillet 2008, le docteur L_____ avait examiné la recourante le 26 mai 2006. Pendant la consultation, celle-ci lui avait dit avoir fait une chute en novembre 2005 et se plaignait de douleurs assez importantes au niveau du genou gauche. À l'examen, le praticien avait constaté une légère tuméfaction de cette articulation avec douleur à la flexion forcée, et conclu à une probable lésion au niveau du ménisque. Il lui avait prescrit l'usage de béquilles, la prise d'un antalgique et, en cas de persistance ou d'aggravation de la douleur, la consultation d'un orthopédiste et la réalisation d'une IRM. Par mémoire du 28 juillet 2008, l'assurée a fait opposition à la décision du 25 juin précédent. Son argumentation, substantiellement comparable à celle développée par la suite dans son mémoire de recours, sera reprise plus avant dans la mesure pertinente. Par décision du 23 septembre, notifiée le 25 septembre 2008, l'assureur a déclaré rejeter l'opposition. Par mémoire déposé au greffe du Tribunal de céans le 27 octobre 2008, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. À titre préalable, elle conclut à ce que soient ordonnées la comparution personnelle des parties et l'ouverture des enquêtes, et à ce qu'elle soit autorisée à produire des pièces complémentaires. À titre principal, la recourante conclut à ce que la décision du 3 décembre 2007 soit annulée, et à ce que l'intimée soit condamnée, avec suite de dépens, à prendre en charge l'intégralité des frais liés au traitement de sa lésion méniscale. À l'appui de ses conclusions, la recourante fait notamment valoir qu'il est faux de prétendre qu'aucun élément nouveau n'était parvenu à l'assureur postérieurement à sa décision du 3 décembre 2007. L'attestation du 4 avril 2008 établit en effet qu'elle avait informé le docteur P_____ des douleurs qu'elle éprouvait au genou gauche le 23 mai 2006 déjà, et que ce praticien avait alors procédé à un examen médical de cette articulation, dont l'assureur ignorait l'existence. D'autre part, l'examen des différents rapports médicaux versés à la procédure montre que le docteur Q_____ n'avait vraisemblablement pas été

correctement informé par l'assureur au moment de formuler l'avis repris par celui-ci dans la décision du 3 décembre 2007 ; l'assureur avait en effet nécessairement appris le caractère traumatique de la lésion méniscale entre le 22 octobre 2007 et cette dernière date, mais il avait pourtant fondé sa décision sur les doutes, d'ordre théorique, que le docteur Q_____ faisait encore valoir quant au caractère non dégénératif de la lésion. D'autre part encore, l'assureur s'était mépris en affirmant qu'aucune investigation n'avait été entreprise en mai 2006 ; à cet égard, l'attestation établie le 15 juillet 2008 par le docteur L_____ démontre également le contraire. Enfin, la lésion méniscale diagnostiquée fait partie des atteintes assimilées, en vertu de la réglementation applicable, à un accident quand bien même elle serait imputable, en tout ou partie, à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, ce qui n'est de toute manière pas le cas en l'espèce, l'intimée en reconnaissant le caractère accidentel. Par mémoire de réponse déposé à l'office postal le 12 décembre 2008, l'intimée a conclu au rejet du recours dans la mesure de sa recevabilité et à la confirmation de la décision sur opposition du 23 septembre 2008. En substance, l'assureur fait valoir que la recourante se borne à prétendre que les appréciations médicales sont contradictoires et que les éléments qu'elle a versés au dossier par la suite, qui étaient connus au moment de rendre la décision du 3 décembre 2007, ne permettent pas de retenir l'existence d'un fait nouveau ou d'un nouveau moyen de preuve. D'autre part, la reconsidération appartenant au pouvoir discrétionnaire de l'assureur, le Tribunal de céans ne saurait entrer en matière sur son refus de reconsidérer ladite décision. Enfin, dans la mesure où le présent litige ne porte que sur des questions de droit, une ordonnance de comparution personnelle des parties ne se justifie pas. Sur quoi, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées par lettre du 18 décembre 2008. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. À teneur de l'art. 1^{er} al. 1^{er} LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents à moins que la LAA n'y déroge expressément. À cet égard, il sied de relever que les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Conformément à l'art. 63 al. 1^{er} let. a et al. 4 de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA), applicable en vertu des art. 61 LPGA et 89A LPA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision finale attaquée. La décision du 23 septembre 2008 ayant été reçue par la recourante le 25 septembre suivant, le délai de recours a commencé à courir le lendemain de la réception de sorte que, compte tenu du fait que le terme devait échoir un samedi, il a été reporté au lundi 27 octobre 2008 conformément à l'art. 17 al. 1 et 3 LPA. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours déposé au greffe du Tribunal de céans le 27 octobre 2008 est donc recevable, sous réserve de ce qui fait l'objet du considérant 6a ci-dessous. Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge, sur révision, par l'assureur, de l'intégralité des frais liés à sa lésion méniscale. À titre préalable, elle a requis que soient ordonnées la comparution personnelle des parties et l'ouverture d'enquêtes. Le Tribunal de céans a renoncé aux mesures

probatoires requises pour les motifs suivants. La garantie du droit d'être entendu, offerte par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale, n'implique pas un droit à être entendu oralement (ATF 130 II 429 consid. 2.1), mais bien celui de prendre position par écrit (ATF du 13 novembre 2002 non publié au Recueil officiel, 4P.195/2002 ; ATF 125 I 219 consid. 9b). Le droit d'être entendu oralement ne peut être accordé que par une disposition légale expresse, ce que l'art. 42 LPG (ATF non publié du 20 septembre 2005, C 128/04, consid. 1.2) et la loi de procédure cantonale (voir les art. 18, 23 et 41 ss LPA) ne prévoient pas. D'autre part, sauf disposition contraire de la loi, le juge des assurances sociales fonde sa décision 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. Si, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves, il est convaincu que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 469 consid. 4a). En l'espèce, il est apparu d'emblée que le présent litige porte moins sur les faits que sur l'appréciation juridique de leurs conséquences. Soumis au principe de célérité et considérant que des enquêtes seraient impropres à compléter les éléments mis à sa disposition par les parties, le Tribunal de céans a renoncé aux mesures probatoires requises, et gardé la cause à juger à réception du mémoire de réponse. Il n'est pas contesté que la décision du 3 décembre 2007 est, à l'échéance du délai d'opposition de trente jours, entrée en force. Il convient donc de considérer, avec les parties, que les actes accomplis ultérieurement par la recourante constituent une demande de révision ou de reconsidération de cette décision, et d'examiner si les conditions formelles en sont réalisées. a) En vertu de l'art. 53 LPG, 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 (al. 1^{er}). 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 (al. 2). Selon ce dernier alinéa, qui formalise un principe général du droit des assurances sociales, l'assureur peut donc reconsidérer une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (ATF 133 V 50 consid. 4.1). Cela étant, ni l'assuré ni le juge ne peuvent, de jurisprudence constante, exiger que l'assureur reconsidère sa décision (ATF 117 V 8 consid. 2a et les références). Un droit à la reconsidération d'une décision, susceptible d'être déduit en justice par l'assuré, n'existe donc pas. Cependant, lorsque l'assureur entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions en sont réalisées, le refus d'entrer en matière est susceptible d'être attaqué par la voie d'un recours ; le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATFA non publié du 6 janvier 2006, I 551/04, consid. 4.2 ; ATF 119 V 475 consid. 1b/cc). A contrario, quand l'assureur n'entre pas en matière sur une demande de reconsidération, le recours interjeté contre cette décision de refus n'est pas recevable. En l'espèce, il ressort de ses décision et décision sur opposition des 25 juin et 23 septembre 2008 que l'intimée ne s'est nullement prononcée sur la réalisation des conditions matérielles d'une reconsidération et que, partant, il s'impose de constater qu'elle s'est bornée à refuser

d'entrer en matière sur cette requête particulière. En conséquence, le recours est irrecevable en tant qu'il conclut à l'annulation de la décision de l'assureur de ne pas entrer en matière sur la reconsidération de sa décision du 3 décembre 2007. b) Comme il a déjà été dit, l'art. 53 al. 1^{er} LPGA prévoit cependant que l'assureur est tenu de procéder à la révision d'une décision entrée en force formelle lorsque sont découverts des faits nouveaux ou de nouveaux moyens de preuve, susceptibles de conduire à une appréciation juridique différente. Sont « nouveaux » au sens de cette disposition, les faits qui n'étaient pas connus du recourant, malgré toute sa diligence, et qui se sont produits tant que, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables (ATFA du 6 janvier 2006, I 551/04, consid. 4.1). Les preuves, quant à elles, doivent servir à prouver soit les faits nouveaux importants qui motivent la révision, soit des faits qui étaient certes connus lors de la procédure précédente, mais qui n'avaient pas pu être prouvés, au détriment du recourant. Si les nouveaux moyens sont destinés à prouver des faits allégués antérieurement, le recourant doit aussi démontrer qu'il ne pouvait pas les invoquer dans la précédente procédure. Une preuve est considérée comme concluante lorsqu'il faut admettre qu'elle aurait conduit l'assureur à statuer autrement s'il en avait eu connaissance dans la procédure principale. Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'une nouvelle expertise donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Autrement dit, pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment du jugement principal, d'autres conclusions que l'assureur ; il faut que l'appréciation inexacte soit la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATFA du 13 avril 2005, U 186/04, consid. 2 ; ATF 127 V 353 consid. 5b). En l'espèce, force est de constater l'absence de faits nouveaux au sens des principes qui viennent d'être rappelés. Il sied en effet de retenir que le caractère accidentel de la lésion méniscale, ou à tout le moins l'absence de lésions dégénératives, était connu de la recourante au plus tard dès après l'arthroscopie pratiquée par le docteur N_____ le 18 octobre 2007 ; par télécopie du 14 novembre suivant, c'est-à-dire en temps utile, la recourante en a informé l'assureur, qui disposait déjà du compte-rendu opératoire adressé le 23 octobre précédent par le docteur N_____. S'agissant d'autre part des plaintes formulées par la recourante en mai 2006 à la consultation du docteur L_____, lequel avait alors procédé à l'examen de son genou gauche et lui avait prescrit un traitement, les principes rappelés plus haut commandent de nier le caractère nouveau de ces faits dès lors que ceux-ci étaient parfaitement connus de l'intéressée et qu'elle avait tout loisir d'en faire état, si elle l'estimait nécessaire, avant que l'assureur prenne sa décision. Pour ce qui est du caractère nouveau des moyens de preuve produits postérieurement à l'échéance du délai d'opposition, il y a lieu de formuler les remarques suivantes. En ce qui concerne les éléments destinés à prouver le caractère accidentel de la lésion méniscale, on peine à comprendre ce qui pourrait avoir empêché la recourante de les invoquer en temps utile ; en tout état, ces éléments tendent à démontrer une hypothèse que l'assureur ne conteste pas, de sorte que même si le moyen de preuve était nouveau, il portait sur un fait déjà établi et documenté, que l'assureur a pris en compte. Sur ce point, l'argument de la recourante, selon lequel le docteur Q_____ n'avait pas été informé des conclusions du docteur N_____ avant de communiquer son préavis le 29 novembre 2007, n'est pas convaincant ; ledit préavis ne rejette aucunement la possibilité d'une lésion accidentelle,

mais se prononce sur la faible probabilité, au vu du temps écoulé, de l'existence d'un lien de causalité entre une telle lésion et l'événement du 14 novembre 2005. Quant aux moyens destinés à prouver ce lien de causalité, on peine à comprendre pour quelle raison la recourante n'a pas fait état, dans la procédure qui a précédé la décision, du traitement prescrit par le docteur L_____ au mois de mai 2006, alors qu'en octobre 2007 elle a informé l'assureur qu'elle avait été soignée par le docteur P_____ pour les séquelles de l'accident, piste qui n'a débouché sur rien de concluant. Quoi qu'il en soit, il n'est pas possible de conclure – au stade de la vraisemblance prépondérante applicable dans le domaine des assurances sociales – que l'attestation du docteur L_____ constitue un moyen de preuve susceptible de faire admettre un lien de causalité entre l'accident de novembre 2005 et la lésion constatée, de sorte que les conditions d'une révision ne sont pas réunies. En conséquence, le recours est mal fondé. Enfin, la recourante n'ayant pas obtenu gain de cause, elle ne peut prétendre à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 LPA, a contrario).

PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : Déclare le recours irrecevable en tant qu'il conclut à l'annulation de la décision de l'assureur de ne pas entrer en matière sur la reconsidération de sa décision du 3 décembre 2007. Le déclare recevable pour le surplus. Au fond : Le rejette. 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) ; 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 Brigitte BABEL La présidente Isabelle DUBOIS Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG 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.