

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2704/2010

ATAS/1154/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 16 novembre 2010

En la cause

HELSANA ACCIDENTS SA, sise avenue de Provence 15,
1007 Lausanne

recourante

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6004 Lucerne

intimée

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame D_____ (ci-après l'assurée), née en 1976, est assurée en 2009 auprès d'HELSANA ASSURANCES SA (ci-après HELSANA) pour l'assurance obligatoire des soins, avec une franchise de 1'000 fr.
2. Le 16 mars 2009, alors qu'elle passe l'aspirateur à son domicile, l'assurée fait un mouvement de rotation du poignet, qui se bloque, provoquant de fortes douleurs. Elle se rend le jour même aux urgences de l'Hôpital cantonal (ci-après HUG). La Dresse . L_____ pose le diagnostic de kyste dorsal radial. Le 25 mars 2009, une échographie faite par le Dr M_____ fait état d'un "kyste radio-lunaire présentant une expansion tout à fait inhabituelle en regard du plan défini par l'éminence thénar et le long extenseur du pouce". Le 23 avril 2009, un arthro-scan effectué par le Dr N_____ confirme "une déchirure du ligament luno-triquétral au niveau de sa partie centrale, le ligament scapho-lunaire étant normal".
3. Le cas est annoncé à la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA) par déclaration de sinistre LAA du 19 mars 2009. Il en ressort que l'assurée a indiqué que le kyste n'est pas apparu pendant le mouvement, mais qu'il était déjà là depuis un certain temps, toutefois sans qu'elle en ait eu connaissance.
4. Le 28 avril 2009, lors d'un entretien avec Monsieur E_____, inspecteur auprès de la SUVA, l'assurée indique avoir ressenti quelques douleurs au poignet gauche une dizaine d'années auparavant sans devoir consulter de médecin. Deux mois avant l'accident, elle a constaté l'apparition d'une petite boule sur la face dorsale du poignet, sans ressentir de gêne ou de douleurs. Elle a ensuite décrit l'évènement survenu le 16 mars 2009.
5. Le 7 mai 2009, l'assurée est opérée aux HUG. L'intervention consiste en une résection du kyste radio-lunaire du poignet gauche, l'élargissement de la 1^{ère} coulisse des extenseurs par double incision décalée et la synovectomie de l'APL et EPB. Le compte rendu du 13 mai 2009 pose comme diagnostics un kyste arthrosynovial radio-lunaire du poignet gauche et une ténosynovite de De Quervain gauche. S'agissant de l'anamnèse et de l'indication opératoire, le compte rendu précise que le poignet est très douloureux depuis deux semaines en raison d'un faux mouvement. La patiente est connue du service pour un kyste radio-carpien indolore apparu il y a trois ans, traité conservativement avec une récurrence depuis deux mois. Depuis le faux mouvement du poignet, le kyste est positionné en regard de l'extenseur du pouce. A l'examen clinique, un important kyste élastique de 3 x 2 cm en regard de l'extenseur du pouce est mis en évidence, mobile par rapport au plan profond et très douloureux. L'indication d'une exérèse du kyste est donc posée.

6. Le 3 juillet 2009, sur avis de son médecin d'arrondissement, dont les initiales apposées sur le rapport sont "MK", la SUVA accepte de prendre en charge des indemnités journalières et les frais de traitement. Le document rempli par le médecin d'arrondissement le 30 juin 2009 mentionne comme diagnostics: kyste synovial du poignet gauche et ténosynovite de De Quervain. Le formulaire à choix multiple permet de choisir entre accident, lésion assimilée ou maladie professionnelle. En l'espèce, il est coché sous "lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA " et il est ajouté "lit f ". Le formulaire comporte une note de bas de page liée à cette réponse qui indique: "seulement si le diagnostic est certain".
7. En date du 30 octobre 2009, un second médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr F_____, procède à une appréciation médicale du cas. Selon ce médecin, un kyste synovial du poignet et une ténosynovite de De Quervain ne font pas partie de la liste exhaustive de l'ordonnance applicable, de sorte que la prise en charge de la chirurgie d'exérèse n'est pas du ressort de la SUVA mais de l'assurance-maladie de l'assurée. Ainsi, selon le Dr F_____, l'appréciation de "MK" était "*malheureusement*" erronée.
8. Lors d'un second entretien du 10 novembre 2009 avec Monsieur E_____, l'assurée est informée des renseignements obtenus des HUG et indique qu'elle ne se souvient plus avoir suivi un traitement particulier, sans exclure avoir dû consulter les HUG plusieurs années auparavant.
9. Par décision du 16 novembre 2009 adressée à l'assurée, la SUVA revient sur sa prise de position du 3 juillet 2009 et "refuse ce cas", au motif que l'assurée n'a pas été victime d'un accident, les lésions relevant de l'assurance-maladie. Cette décision mentionne les voie et délai d'opposition. Par deux courriers distincts du même jour, la SUVA réclame à HELSANA le remboursement des frais médicaux, soit 8'378 fr. 89, et à INTRAS, assureur perte de gain de l'employeur de l'assurée, le remboursement des indemnités journalières, soit 13'576 fr. 25. Ces courriers ne mentionnent pas de délai et voie de recours.
10. Par pli du 8 décembre 2009, HELSANA refuse de donner suite à la demande de remboursement, motif pris que l'assureur-accidents ne peut mettre fin à son obligation de prester, qu'il a initialement reconnue en versant des prestations, seulement ex nunc et pro futuro, s'il ne se fonde pas sur un motif de révocation, à savoir de reconsidération ou de révision. Après avoir cité la loi et la jurisprudence, HELSANA conclut que la SUVA a procédé à un nouvel examen des faits déjà connus, après une prise en charge initiale du cas, conformément à son large pouvoir d'appréciation. Le réexamen médical du dossier n'est pas un motif de révocation procédurale.
11. Par décision sur opposition du 18 décembre 2009 adressée à HELSANA, la SUVA rejette l'opposition, faisant valoir que c'est manifestement à tort qu'elle a admis sa

responsabilité le 3 juillet 2009. Il ne s'agit pas d'une appréciation large du cas, mais d'une erreur manifeste qui doit être corrigée par le biais de la reconsidération, au sens de l'art. 53 al. 1 ou 2 LPGA.

12. Par acte du 27 janvier 2010, HELSANA forme recours contre la décision sur opposition du 18 décembre 2009 devant le Tribunal de céans. Elle conclut à l'annulation de la décision sur opposition et à la confirmation de ce que la SUVA ne pouvait pas mettre fin à ses prestations avec effet rétroactif. Elle fait valoir, d'une part, qu'une nouvelle appréciation des faits déjà connus ne justifie ni une reconsidération, ni une révision. Il faut que l'irrégularité soit évidente. Une décision n'est manifestement pas erronée si son prononcé apparaît soutenable. D'autre part, la SUVA n'a pas le pouvoir de rendre une décision de restitution de prestation à l'encontre d'un assureur-maladie. A cet égard, il ne s'agit pas d'une prise en charge provisoire du cas, dans le cadre d'un doute sur le débiteur de la prestation d'assurance (art. 70 LPGA), de sorte que la demande de remboursement n'est pas régie par l'art. 71 LPGA. Cette décision doit, le cas échéant, être adressée à l'assurée elle-même, sans perdre de vue qu'il s'agit de frais de guérison, soit de prestations en nature et non pas en espèces.
13. Par pli du 29 mars 2010, la SUVA conclut au rejet du recours. Elle se réfère à sa décision sur opposition et précise que la lettre du 16 novembre 2009, par laquelle il est demandé à HELSANA de rembourser les frais de traitement, n'est pas une décision. HELSANA ne conteste pas que la prise en charge du cas par l'assureur-accidents était erronée, de sorte que la décision matérielle et implicite d'allouer des prestations ne repose sur aucune base légale. Entachée d'une inexactitude manifeste, sa rectification revêt une importance notable. Ainsi, les conditions de la reconsidération sont satisfaites.
14. Par arrêt du 13 avril 2010, le Tribunal de céans admet partiellement le recours, constatant que le courrier de la SUVA du 16 novembre 2009 adressé à HELSANA n'est pas une décision. La cause est transmise à la SUVA comme objet de sa compétence. Les parties n'ont pas recouru contre ce jugement.
15. Par pli du 20 avril 2010 adressé à HELSANA, la SUVA expose qu'elle n'entend pas recourir contre le jugement précité. La demande de remboursement doit être considérée comme nulle et non avenue, jusqu'à droit connu sur la question de la révision et/ou reconsidération.
16. Par décision 4 juin 2010 notifiée à HELSANA, la SUVA refuse le cas, revenant ainsi sur sa décision initiale du 3 juillet 2009, au motif que l'assurée n'a pas été victime d'un accident, les lésions relevant de l'assurance-maladie.
17. Par pli du 8 juin 2010, HELSANA expose à la SUVA qu'elle reste dans l'attente d'une décision relative à la demande de restitution. Elle considère ainsi la décision

de la SUVA comme nulle et non avenue. Le cas échéant, elle forme opposition à dite décision.

18. En date du 17 juin 2010, la SUVA prononce une décision sur opposition. En substance, elle fait valoir que c'est manifestement à tort qu'elle a admis sa responsabilité le 3 juillet 2009. Il ne s'agit pas d'une appréciation large du cas, mais d'une erreur manifeste qui doit être corrigée par le biais de la reconsidération, au sens de l'art. 53 al. 1 ou 2 LPGA.
19. Par acte du 10 août 2010, HELSANA forme recours contre la décision sur opposition du 17 juin 2010 devant le Tribunal. Selon la recourante, il n'y a ni faits nouveaux méconnus par l'intimée lors de sa décision initiale de prise en charge du cas, ni nouveaux moyens de preuve. Or, étant donné qu'il s'agit plutôt d'une nouvelle appréciation des faits déjà connus, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies. À défaut de révision ou de reconsidération, l'assureur-accidents n'a donc la possibilité de mettre fin qu'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 des frais de traitement. L'intimée ne peut pas revenir sur sa décision initiale et nier sa responsabilité concernant l'événement du 16 mars 2009. La décision querellée n'étant pas conforme aux normes légales et jurisprudentielles, HELSANA conclut à son annulation.
20. Par écriture du 8 septembre 2010, la SUVA conclut au rejet du recours. Selon l'intimée, les diagnostics posés dans le cas de l'assurée sont connus ab initio et ne sont pas discutés. C'est exclusivement la validation juridique de ceux-ci, soit en particulier la question de savoir s'ils rentrent ou non dans la liste exhaustive énumérée par l'art. 9 al. 2 OLAA, qui est en jeu. Or, sur ce point, la recourante n'apporte pas d'élément médical permettant de soutenir que selon les situations, les diagnostics en question (kyste synovial et ténosynovite de De Quervain) pourraient entrer dans la liste précitée. En réalité, le cas de l'assurée ne présente aucune difficulté sur la question de l'établissement des diagnostics, pas plus que sur celle de savoir si ceux-ci entrent ou non dans la liste énumérative des lésions assimilées à un accident. Dépourvue de toute base légale, la prise en charge initiale était dès lors manifestement inexacte. C'est donc à juste titre que la SUVA a procédé à une reconsidération.
21. La cause a été gardée à juger le 13 septembre 2010.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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. 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 et les références). 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). La LPGA s'applique par conséquent au cas d'espèce.

3. a) Conformément à l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire (1^{ère} phrase). Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (2^{ème} phrase). Aux termes de l'art. 59 LPGA, quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. La jurisprudence considère comme intérêt digne de protection, au sens de cette disposition, tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée que peut faire valoir une personne atteinte par cette décision. L'intérêt digne de protection consiste ainsi en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait (ATF 120 V 39 consid. 2b ; voir aussi ATF 121 II 174 consid. 2b). L'intérêt doit être direct et concret ; en particulier, la personne doit se trouver dans un rapport suffisamment étroit avec la décision, tel n'étant pas le cas de celui qui n'est atteint que de manière indirecte ou médiate (ATF 125 V 342 consid. 4a).

b) En l'occurrence, la recourante a qualité pour recourir, dès lors qu'elle est directement touchée par la décision querellée. En effet, selon la SUVA, l'événement litigieux doit être considéré comme un cas de maladie dont les frais de traitement sont à charge de la recourante.

4. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable.

5. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimée pouvait reconsidérer ou réviser sa décision initiale de prise en charge du cas de Madame D_____.
6. a) Depuis l'entrée en vigueur de la LPGA, la révision et la reconsidération d'une décision sont prévues à l'article 53 de cette loi. L'alinéa premier prévoit la révision d'une décision lorsque l'assureur ou l'assuré découvre des faits nouveaux importants, tandis que le second alinéa porte sur la reconsidération et mentionne ce qui suit : «l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passée en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable». À noter que l'introduction de la LPGA n'a rien changé à la jurisprudence rendue en matière de révision et de reconsidération sous l'ancien droit, le législateur n'ayant fait que codifier la pratique jurisprudentielle (ATFA non publié du 6 janvier 2006, I 551/04 consid. 4.2; voir notamment KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, note 22 ad art. 53; FF 1991 II 258). Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies (ATFA non publié du 27 mars 2006, I 302/04, consid. 4.5).

b) Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était manifestement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les arrêts cités; voir aussi ATF 112 V 371 consid. 2c). Lorsque le juge procède par substitution de motifs, cela implique qu'il procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (ATFA non publié du 17 août 2005, I 545/02, consid. 1.2).

c) 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. Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste («*zweifellos unrichtig*»), 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, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. 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 réalisées (ATF non publiés du 14 mars 2008, 9C_71/2008, consid. 2 et du 18 octobre 2007, 9C_575/2007, consid. 2.2). Pour qu'une décision soit qualifiée de manifestement erronée, il ne suffit donc 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. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuves de faits essentiels (ATF non publié du 2 juillet 2008, 9C_693/2007, consid. 5.3). En règle générale, l'octroi illégal de prestations est réputé sans nul doute erroné (ATF 126 V 399 consid. 2b/bb et les références citées). 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).

d) S'il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque, une modification de pratique ne saurait faire apparaître l'ancienne comme sans nul doute erronée (ATF 125 V précité). De même, un changement de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c, 115 V 308 consid. 4a/cc).

7. a) Selon l'art. 4 LPGA, on entend par accident 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. La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, cas échéant, l'atteinte dommageable soit qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références).

b) Selon l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Aux termes de l'art. 9 al. 2 ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202), édicté par l'autorité exécutive en vertu de cette délégation de compétence, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire: les fractures (let. a); les déboîtements d'articulations (let. b); les déchirures du ménisque (let. c); les déchirures de muscles (let. d); les élongations de muscles (let. e); les déchirures de tendons (let. f); les lésions de ligaments (let. g); les lésions du tympan (let. h).

Selon l'art. 9 al. 2 let. c et g OLAA, les déchirures du ménisque et les lésions de ligaments sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs.

c) La jurisprudence (ATF 129 V 466) a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère «extraordinaire» de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure - soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance -, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie. L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA.

8. En l'espèce, dans le cadre de sa décision (non formelle) du 3 juillet 2009, la SUVA avait accepté de prendre en charge les indemnités journalières et les frais de traitement sur avis de son médecin d'arrondissement "MK". Selon ce médecin, les diagnostics constatés, soit un kyste synovial du poignet gauche et une ténosynovite de De Quervain, devaient être considérés comme des lésions assimilées au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA. Il sied de relever que les pièces produites démontrent que l'intimée avait eu accès à l'intégralité du dossier médical de l'assurée lors du prononcé de sa décision au mois de juillet 2009. Par la suite, selon l'appréciation du 30 octobre 2009 d'un autre médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr F_____, un kyste synovial du poignet et une ténosynovite de De Quervain ne font pas partie de la liste exhaustive du Conseil fédéral, de sorte que la prise en charge de la chirurgie d'exérèse n'est pas du ressort de la SUVA mais de l'assurance-maladie de l'assurée.

Force est de constater que les deux médecins d'arrondissement de la SUVA qui ont eu à se prononcer sur le dossier, soit "MK" et le Dr F_____, retiennent les mêmes diagnostics. D'ailleurs, les parties à la procédure ne contestent ni les diagnostics retenus, ni que ceux-ci ne sont pas des déchirures de tendons prévues par l'art. 9 al. 2 let. f OLAA.

Eu égard à ce qui précède, force est de constater qu'aucun fait nouveau ou moyen de preuve nouveau ne justifie une révision de la décision au sens de l'art. 53 al. 1 LPGGA, la SUVA ne l'alléguant de surcroît pas, à juste titre.

Ainsi, l'intimée fonde sa décision sur la reconsidération, au motif que la décision initiale était manifestement erronée. Elle fait valoir que dans ce cadre, le droit, en particulier l'art. 9 al. 2 OLAA, n'a pas correctement été appliqué.

En l'occurrence, il faut admettre que la décision prise par la SUVA était manifestement erronée. En effet, il est patent - et admis par les parties - qu'un kyste synovial du poignet et une ténosynovite de De Quervain ne sont pas des lésions assimilées au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, soit une déchirure de tendon. L'application de cette disposition légale au cas d'espèce est sans nul doute non pertinente et erronée. L'irrégularité est manifeste et l'appréciation faite par "MK" n'est aucunement soutenable. Qui plus est, l'octroi des prestations en jeu ne dépendait pas de conditions matérielles dont l'examen aurait supposé un pouvoir d'appréciation.

Enfin, la rectification de la décision initiale revêt une importance notable. En effet, il n'y a pas lieu, d'une part, de laisser perdurer une situation qui n'est pas conforme au droit. D'autre part, le montant des indemnités journalières et des frais de traitement prise en charge par la SUVA sont conséquents, dès lors qu'ils se sont élevés à 13'576 fr. 25, respectivement 8'378 fr. 89.

Par conséquent, la décision initiale a été rendue en violation manifeste des dispositions légales topiques, même si la SUVA a presté en toute connaissance de cause sur la base de faits médicaux connus.

9. Si l'intimée était a priori légitimée à reconsidérer sa décision initiale au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, il y a toutefois lieu de vérifier si, par substitution de motifs, la décision initiale ne peut pas être considérée comme conforme au droit. Rappelons que, selon la jurisprudence, il y a lieu de procéder à un double examen. En premier lieu, le juge doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (ATFA non publié du 17 août 2005, I 545/02, consid. 1.2).

En l'espèce, il est surprenant de constater que, dans leur rapport respectif, les médecins de la SUVA ne retiennent pas le diagnostic de déchirure du ligament luno-triquétral, pourtant confirmé par arthro-CT-scan du 22 avril 2009 effectuée par le Dr N_____. Or, une telle lésion entre manifestement dans le cadre de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA (lésions des ligaments).

Ainsi, eu égard au but de la reconsidération, l'on ne saurait admettre que la SUVA puisse reconsidérer une décision manifestement erronée sans s'assurer que dite décision, pour d'autres motifs, puisse être conforme au droit.

Ceci dit, le Tribunal de céans n'est pas en mesure de trancher cette question, à savoir si la déchirure du ligament luno-triquétral peut être considérée comme une lésion des ligaments au sens de l'art. 9 al. 2 let. g OLAA et si l'événement du 16 mars 2009, eu égard à cette lésion, répond aux conditions de l'art. 9 OLAA et l'art. 4 LPGA. En effet, ce point du dossier requiert une instruction complémentaire, en particulier médicale, qui doit en l'espèce être effectuée par la SUVA, l'intimée n'ayant pas examiné cet aspect du dossier alors qu'elle en avait connaissance.

Au vu de ce qui précède, l'intimée ne pouvait reconsidérer sa décision initiale sans examiner si, pour d'autres motifs, elle n'était pas malgré tout conforme au droit.

Partant, la décision querellée sera annulée et la cause sera renvoyée à la SUVA pour instruction complémentaire.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 17 juin 2010.
4. Renvoie la cause à la SUVA pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

Le secrétaire-juriste :
Jean-Martin DROZ

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