

GE_GERICHTE ATAS/1248/2013 vom 12. Dezember 2013

GE Cour de justice, 2013-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1248_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/1248/2013 du 12 décembre 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/1248/2013 del 12 dicembre 2013

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à limiter sa prise en charge du traitement dentaire à 8'000 fr. au motif que les exigences d'économicité et de proportionnalité ne seraient pas remplies. Il n'est en revanche pas contesté que le recourant a été victime d'un accident, pas plus que n'est contestée la question du lien de causalité entre celui-ci et les lésions dentaires du recourant.

E. 5

a) Les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA), étant rappelé qu'est réputé 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 (art. 4 LPGA). b) En vertu de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment, le traitement ambulatoire dispensé par le dentiste (let. a). Tel est le cas lorsque la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé, la preuve de ce fait devant être établie avec une vraisemblance suffisante. Celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêts C. du 17 juin 2002 [U 252/01] et F. du 8 novembre 2001 [U 134/99]). Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assureur-accidents. C'est donc ce dernier qui est débiteur des frais de traitement vis-à-vis du prestataire de soins (système du tiers payant). En outre, l'assureur exerce un contrôle sur le traitement dentaire envisagé (arrêt du TF U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 5.2). Lorsqu'il arrive à la conclusion qu'il

n'y a plus lieu d'attendre du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, ou s'il estime que le traitement proposé par l'assuré ou son médecin est inapproprié, il est en droit de refuser la continuation

A/731/2013 - 7/11 - du traitement en se fondant sur l'art. 48 al. 1 LAA. Dans la mesure où la loi confère à l'assureur-accidents le pouvoir de fixer les mesures diagnostiques et thérapeutiques dans le cas particulier, elle lui transfère la responsabilité pour le traitement; il s'agit d'une conséquence du principe des prestations en nature valable pour les prestations pour soins selon la LAA (F. X. Deschenaux, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance-maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in *Mélanges pour le 75ème anniversaire du TFA*, Berne 1992, p. 529 ss). La conséquence du droit de l'assureur-accidents d'ordonner des mesures de traitement est, d'une part, qu'il est tenu d'allouer des prestations pour des lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA; ATF 118 V 286) et, d'autre part, qu'il est en droit de refuser des prestations pour une mesure thérapeutique à laquelle il n'a pas consenti et les suites qui en découlent (ATF 128 V 171 consid. 1b et les arrêts cités ; arrêt du TF U 154/02 du 17 mars 2003, consid. 3.1). c) Pour déterminer si les mesures médicales sollicitées amélioreraient notablement l'état de santé de l'assuré ou si elles empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration, il convient d'apprécier le traitement proposé en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical. Il s'agit ensuite de se déterminer en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 125 V 195 consid. 2).

E. 6

Selon l'art. 48 al. 1 LAA, l'assureur peut prendre les mesures qu'exige le traitement approprié de l'assuré en tenant compte équitablement des intérêts de celui-ci et de ses proches. Sous le titre "Limites du traitement", l'art. 54 LAA prévoit par ailleurs que "lorsqu'ils soignent des assurés, leur prescrivent ou leur fournissent des médicaments, prescrivent ou appliquent un traitement ou font des analyses, ceux qui pratiquent aux frais de l'assurance-accidents doivent se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement." (ATF 136 V 141 consid. 4.1 p. 144). Le système mis en place ici confère un grand pouvoir à l'assureur-accidents. Ce dernier exerce un contrôle sur le traitement en cours qu'il garantit à l'assuré à titre de prestation en nature. Ce contrôle ne s'exerce pas directement à l'endroit du patient, mais à l'égard du fournisseur, notamment le médecin traitant (FRANÇOIS- X. DESCHENAUX, Le précepte de l'économie du traitement dans l'assurance- maladie sociale, en particulier en ce qui concerne le médecin, in *Mélanges pour le 75e anniversaire du Tribunal fédéral des assurances*, 1992, p. 529 s.). L'indemnisation a lieu selon le système du tiers payant. Dans une certaine mesure, les fournisseurs de prestations se trouvent dans une situation de dépendance à l'égard de l'assureur LAA. La responsabilité ultime pour le traitement appartient à l'assureur (ATF 134 V 189 consid. 3.3 p. 196; SVR 2009 UV n° 9 p. 35, 8C_510/2007 consid. 4.2.1) et c'est auprès de lui, en principe tout au moins, qu'ils doivent demander l'autorisation de prendre les mesures qui leur paraissent indiquées pour le traitement du patient (DESCHENAUX, *ibidem*). Le principe des

A/731/2013 - 8/11 - prestations de soins en nature - où l'assureur est censé fournir lui-même le traitement médical même s'il le fait par l'intermédiaire d'un médecin ou d'un hôpital - implique en outre que les médecins et autres fournisseurs soient tenus de communiquer à l'assureur les données médicales indispensables. C'est la raison pour laquelle l'entrée en

vigueur de la loi fédérale du 19 juin 1992 sur la protection des données (LPD; RS 235.1) a nécessité ultérieurement l'introduction d'une base légale formelle dans la LAA relative à la communication des données. Le législateur l'a fait en adoptant l'art. 54a LAA, en vigueur depuis le 1er janvier 2001 et qui, sous le titre "Devoir d'information du fournisseur de prestations" prévoit que le fournisseur de prestations remet à l'assureur une facture détaillée et compréhensible; il lui transmet également toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse se prononcer sur le droit aux prestations et vérifier le calcul de la rémunération ou le caractère économique de la prestation (ATF 136 V 141 consid. 4.2, cf. également ATF 134 V 189 consid. 3.2 p. 195). Après la survenance d'un cas d'assurance, il s'établit donc entre le fournisseur de prestations et l'assureur-accidents un rapport particulier de droits et d'obligations fondé sur la LAA et qui repose notamment sur le fait que le premier fournit les prestations en nature pour le compte et sous la responsabilité du second. Les litiges concernant les limites du traitement selon l'art. 54 LAA participent de ce rapport particulier et relèvent donc du tribunal arbitral. C'est particulièrement le cas lorsque le fournisseur de prestations fait valoir une créance d'honoraires à l'encontre de l'assureur-accidents pour les mesures dont le caractère approprié ou économique est contesté par l'assureur (ALFRED MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd. 1989, p. 617 s.; GHÉLEW/RAMELET/RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents [LAA], 1992, p. 199; GHISLAINE FRÉSARD-FELLAY, Les tribunaux arbitraux institués par l'art. 57 LAA, RSAS 1989 p. 295ss; THOMAS A. BÜHLMANN, Die rechtliche Stellung der Medizinalpersonen im Bundesgesetz über die Unfallversicherung vom 20. März 1981, 1985, p. 207 ; ATF 136 V 141 consid. 4.3). Ainsi, dans un cas où l'assurance-accidents ne contestait pas devoir prendre en charge le traitement médical consécutif à l'accident de l'assurée mais le caractère approprié ou économique de celui-ci, le Tribunal fédéral a considéré que cette contestation relevait du tribunal arbitral institué par l'art. 57 LAA, étant rappelé que la saisine du Tribunal arbitral (par la voie de l'action) ne présuppose pas une décision préalable de l'assureur. Si le fournisseur de prestations omet d'informer l'assureur LAA des éventuelles mesures prises en urgence ou des mesures qu'il entend mettre en œuvre, cela relève du litige au fond. Une telle omission peut éventuellement conduire à la réduction, voire à la perte de la créance d'honoraires vis-à-vis de l'assureur (DESCHENAUX, op. cit., p. 530; MAURER, op. cit., p. 297). Ce sont là des questions qui ressortissent à la compétence du tribunal arbitral (ATF 136 V 141 consid. 4.4 et 4.5).

A/731/2013 - 9/11 -

E. 7

Dans le cadre de l'art. 54 LAA, la relation entre le coût et l'utilité d'une mesure n'a d'importance qu'en ce qui concerne les différentes méthodes de traitement entrant en considération et non pas eu égard au point de savoir si les frais d'une méthode appropriée et scientifiquement reconnue se justifient encore compte tenu du succès que l'on peut attendre du traitement. Ce n'est que sous l'angle général du principe de proportionnalité que ce dernier élément peut se révéler important (ATF 109 V 41 consid. 2b; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], soziale Sicherheit, 2e édition, n° 504 p. 981).

E. 8

En l'espèce, il convient de relever en premier lieu que l'intimée ne saurait opposer à l'assuré le fait que le dentiste-traitant – fournisseur de prestations – n'a pas respecté les modalités

prévues la convention SSO ou qu'il a appliqué une valeur du point erronée. En effet, si l'intimée entend contester ces points, il lui appartient de le faire directement à l'encontre du fournisseur de prestations, cas échéant par le biais d'une procédure devant le Tribunal arbitral. La Cour de céans ne se penchera dès lors pas sur ces questions, qui ne relèvent pas de sa compétence. En relève en revanche la question de savoir si l'assurance peut refuser au recourant la prise en charge de l'intégralité du traitement dont il a bénéficié, étant entendu que ledit traitement est reconnu approprié, efficace et durable par le dentiste-conseil de l'intimée. Il est établi au vu des éléments au dossier que la pose d'une nouvelle prothèse amovible suite à l'accident a entraîné d'importants problèmes d'élocution et de déglutition, non contestés par l'intimée. En revanche, de l'aveu même du dentiste-traitant, il aurait pu être pallié à ces inconvénients par la pose d'une prothèse amovible avec 4 implants, plutôt que par le biais d'une prothèse fixe avec 8 implants. Cette solution aurait été 30% moins coûteuse. A cet égard, les arguments avancés par le dentiste pour expliquer son choix – unilatéral – de la seconde solution ne convainquent pas, d'autant qu'il a fini par admettre qu'une prothèse amovible sur 4 implants aurait constitué « un bon compromis et aurait permis au recourant de retrouver la situation qui était la sienne avant l'accident. » On relèvera d'ailleurs que cette solution a aussi été évoquée par le Dr N_____. C'est donc cette méthode, qui, en l'occurrence, apparaît comme la plus proportionnée au but poursuivi : l'élimination, de la manière la plus complète possible, des atteintes qu'a subies le recourant. Cette solution n'aurait par ailleurs pas offert de difficultés dans son exécution, puisqu'elle est plus simple que le traitement préconisé par le dentiste traitant. Elle n'aurait pas non plus présenté de danger et aurait entraîné avec certitude une amélioration importante de son état. L'on peut affirmer que cette solution n'aurait pas provoqué de souffrances excessives puisqu'elle aurait justement évité les effets secondaires de la première prothèse amovible provisoire proposée en permettant de

A/731/2013 - 10/11 - diminuer le volume du palais. Enfin, l'impact sur l'aspect physique du recourant aurait été moindre. Qui plus est, cette solution aurait été plus économique. C'est donc ce type d'intervention qui aurait rempli les critères de l'art. 10 al. 1 LAA. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre partiellement le recours en ce sens que le recourant se voit reconnaître le droit à la prise en charge, par l'intimée, des frais correspondant à la pose d'une prothèse amovible et de 4 implants, coût qu'il revient à l'intimée de déterminer de manière précise, étant rappelé que les divergences quant à la valeur du point ou à la manière de procéder du dentiste traitant ne peuvent être opposées au recourant mais pourront faire l'objet d'une action dirigée contre le fournisseur de prestations lui-même, devant le tribunal arbitral. Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/731/2013 - 11/11 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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