

# **GE\_GERICHTE ATAS/175/2014 vom 11. Februar 2013**

GE Cour de justice, 2013-02-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_175\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_175_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/175/2014 du 11 février 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/175/2014 del 11 febbraio 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 dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

### **E. 3**

Toutefois, 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 343 consid. 3).

### **E. 4**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 5**

Le litige porte sur le droit de l'assureur de mettre un terme à la prise en charge du traitement médical de l'assuré.

### **E. 6**

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

A/3726/2013 - 7/12 - 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). Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la

vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

## **E. 7**

Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir: a. au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien; b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste; c. au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital; d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin; e. aux moyens et appareils servant à la guérison. Le traitement doit être en adéquation avec son but, c'est à dire de nature à apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré. Les mesures médicales doivent se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement (voir art. 54 LAA). Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c). Cependant, le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 2ème phrase LAA). L'art. 19 al. 1 LAA délimite donc temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATFA non publiés du 21 novembre 1995, U 89/95 et du 9 mai 2001, U 391/00). Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13

A/3726/2013 - 8/12 - LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, à savoir: a. lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle; b. lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci; c. lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain; d. lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration. Selon l'art. 21 al. 1 let. d LAA précité, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais sont accordées à son bénéficiaire lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci subisse une notable détérioration. Par incapacité de gain, il faut entendre une incapacité totale de gain. En effet, cette dernière hypothèse de l'article 21 al. 1 LAA ne concerne que les assurés totalement invalides, c'est à dire ceux qui n'ont aucune capacité de gain résiduelle. Ce droit aux prestations médicales existe donc même si la capacité de gain de l'assuré n'est pas influencée par le traitement. Il suffit que l'état de santé puisse être amélioré ou tout au moins stabilisé grâce à des mesures médicales (Maurer, Unfallversicherungsrecht, p. 384; ATF 124 V 57 consid. 4).

## **E. 8**

Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées à cette disposition (arrêts non publiés U 252/01 du 17 juin 2002, consid 2a; U 188/02 du 14 mars 2003; 8C\_332/2012 du 18 avril 2012 et les références de doctrine citées). Il en résulte que l'assuré qui ne perçoit pas une rente LAA ne peut pas prétendre à la prise en charge des frais médicaux selon l'art. 21 LAA (arrêts non publiés 8C\_191/2011 du 16 septembre 2011, 8C\_403/2011 du 11 octobre 2011). D'ailleurs, lorsque la décision de rente n'est pas entrée en force lors de la demande de prise en charge d'un traitement médical, on ne saurait considérer que "la rente a été fixée" au sens de l'art. 21 al. 1 LAA, puisque, appelé à se prononcer sur cette décision, le juge pourrait considérer que la poursuite du traitement médical peut apporter une sensible amélioration de l'état de santé, ce qui aurait pour effet de différer la fixation de la rente (cf. art. 19 al. 1 LAA). Saisie de la demande de prise

A/3726/2013 - 9/12 - en charge du traitement médical litigieux, l'assureur doit alors examiner le bien-fondé de la demande de prise en charge du traitement médical, non pas au regard des conditions énoncées aux lettres a à d de l'art. 21 al. 1 LAA, mais à la lumière des conditions de l'art. 10 al. 1 LAA (arrêt U 252/01 du 17 juin 2002). De même, lorsque l'assuré n'a pas droit à une rente ou que celle-ci a été supprimée lors d'une révision, l'art. 21 LAA n'est pas applicable (arrêts U 368/01 du 9 avril 2002 ; U 12/04 du 28 juillet 2004; 8C\_191/2011 du 16 septembre 2011, consid. 5.3; et les références de doctrine citées).

## **E. 9**

Selon la jurisprudence et la doctrine, le traitement requis est approprié (art. 10 al. 1 phrase introductive, LAA) seulement lorsque la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état, la preuve de ce fait devant être établie avec une vraisemblance suffisante (arrêts non publiés U 134/99 du 8 novembre 2001 et les références de doctrine citées; U 252/01 du 17 juin 2002). La simple possibilité d'une amélioration à plus ou moins long terme ne suffit pas pour fonder le droit à un traitement déterminé (Alfred MAURER, Schweizerisches Unfall-Versicherungsrecht, Berne 1984, p. 274). Il en va de même de la persistance de douleurs si l'on ne peut attendre du traitement une amélioration sensible (André GHÉLEW/Olivier RAMELET/Jean-Baptiste RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, p. 72, avec un renvoi à la jurisprudence). Un traitement de physiothérapie qui ne fait que soulager temporairement des douleurs et ne permet pas une quelconque amélioration de l'état de santé, qui en l'espèce ne pourrait être amélioré que par l'implantation d'une prothèse totale du genou droit, ne donne pas le droit à la poursuite de ce traitement médical à charge de l'assureur-accidents (arrêt U 378/99 du 23 mars 2000). Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de l'assuré "namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten ; un sensible miglioramento della salute dell'assicurato" n'est pas précisé par le texte légal. Le concept de l'assurance-accident sociale étant orientée vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être "sensible" Les

améliorations insignifiantes ne suffisent pas (arrêts U 244/04 du 20 mai 2005; U 412/00 du 5 juillet 2001 ; ATF 134 V 109, consid. 4.3 et les références citées).

#### **E. 10**

L'assureur-accidents dispose de 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 des frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation d'une décision entrée en force (reconsidération ou révision procédurale), c'est-à-dire liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu. Ce n'est que lorsqu'il souhaite mettre un terme au versement de ses prestations avec effet rétroactif et requérir la restitution des prestations versées à

A/3726/2013 - 10/12 - tort que l'assureur doit respecter les conditions de la reconsidération (ATFA non publié U 6/03 du 6 mai 2003, consid. 4.2.1). Sont toutefois réservés les cas dans lesquels le principe de la confiance s'oppose à une cessation immédiate des prestations. L'arrêt des rentes d'invalidité ou d'autres prestations versées pour une longue période est soumis aux conditions d'adaptation, reconsidération et révision procédurale (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1).

#### **E. 11**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

#### **E. 12**

En l'espèce, la Cour de céans considère que les expertises des Drs A\_\_\_\_\_, neurologue et B\_\_\_\_\_, psychiatre peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elles sont fondées sur l'ensemble du dossier médical, le status objectif de l'assuré ainsi que ses plaintes et leurs conclusions sont claires et bien motivées. D'ailleurs, il n'y au dossier aucun avis médical circonstancié contradictoire. Ainsi, le lien de causalité entre l'accident et les troubles présentés par l'assuré a été admis par les experts – partiellement en ce qui concerne les troubles du sommeil – et n'a pas été contesté par l'assureur. Sur cette base, le traitement médical du syndrome post-commotionnel, des rachialgies et des troubles du sommeil a été pris en charge par l'assureur, qui n'a jamais prétendu à une prise en charge partielle du traitement de l'insomnie. Les experts ont précisé que le traitement nécessaire à la stabilisation de l'état de santé de l'assuré, voire à une légère amélioration de celui-ci, consistait en une consultation tous les trois mois chez le neurologue, ainsi que la prescription de Relpax®, Stilnox®, Surmontil® et Valium®. Ils ont précisé à cet égard en 2013 que c'était par erreur qu'ils n'avaient pas mentionné le Surmontil® en 2008. Ils ont précisé que l'assuré n'atteindrait vraisemblablement jamais l'état de santé qui était le sien avant l'accident (statu quo ante). Lors des deux premières expertises, l'assuré travaillait encore et il a d'ailleurs continué à travailler jusqu'à sa retraite. Les experts ont estimé en

2005 et en 2008 qu'il restait capable de travailler à 100% dans son activité habituelle, la médication prescrite ayant à cet égard pour but de maintenir l'état de santé actuel et la pleine capacité de travail, tout en admettant dès 2008 que l'on ne pouvait plus attendre d'amélioration significative de l'état de santé. L'assuré n'a d'ailleurs jamais prétendu à une rente d'invalidité LAA. Ainsi, aucune décision d'octroi d'une rente n'a été rendue de sorte que c'est au regard de l'art. 10 al. 1 LAA qu'il y a lieu de déterminer si l'assuré a droit à la prise en charge des frais relatifs aux traitements médicaux et

A/3726/2013 - 11/12 - non pas en application de l'art. 21 LAA. Il n'est à cet égard pas déterminant que l'absence de droit à rente d'invalidité soit due au maintien d'une pleine capacité de travail selon la jurisprudence. Ce sont donc bien les conditions d'octroi des mesures médicales de l'art. 10 LAA qui doivent être examinées, en particulier si le traitement est de nature à améliorer l'état de santé ou à éviter sa péjoration. Il ressort clairement des expertises que le traitement médical a eu pour but de maintenir la capacité de travail de l'assuré. Il n'est pas contestable que le traitement permettant d'éviter des insomnies et calmant des violents maux de tête est de nature à améliorer considérablement la capacité de travail. A contrario, sans le traitement, en ne dormant que trois heures par nuit et en souffrant de violents maux de tête 3 fois par mois, la capacité de travail de l'assuré aurait été sérieusement diminuée. L'assureur prétend à tort que les prestations ne sont plus dues car le traitement est sans influence sur la capacité de travail de l'assuré, qui est entière depuis 2004, puisque c'est précisément grâce au traitement qu'elle a pu être maintenue. Ainsi, et bien que le traitement ne permette plus une sensible amélioration de l'état de santé, le fait qu'il soit de nature à éviter une dégradation significative de celui-ci selon les experts, doit être considéré comme suffisant pour le droit au traitement médical selon l'art. 10 LAA. A cet égard, on ne saurait considérer que le traitement de violents maux de tête, même s'ils n'ont lieu que trois fois par mois, relèverait du confort, puisque ceux-ci ne cèdent que grâce au traitement et qu'à défaut, ils auraient entravé la capacité de travail de l'assuré. Au surplus, l'arrêt cité par l'intimé (8C\_191/2011 du 16 septembre 2011) qui exclut la poursuite sur la base de l'art. 21 let. c d'un traitement qui ne permet que le statu quo (pour conserver une capacité résiduelle de gain) après la suppression de la rente d'invalidité, n'est pas applicable au cas de l'assuré.

### **E. 13**

En conséquence, le traitement des affection en lien de causalité avec l'accident, en particulier de Relpax®, Stilnox®, Surmontil® et Valium® et une consultation tous les trois mois chez le neurologue, reste à la charge de l'assureur et la décision qui met un terme à cette prise en charge est mal fondée.

### **E. 14**

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 18 octobre 2013 sera annulée. Le recourant obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/3726/2013 - 12/12 - 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.