

GE_GERICHTE ATAS/464/2024 vom 11. Juni 2024

GE Cour de justice, 2024-06-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_464_2024

FR: GE_GERICHTE ATAS/464/2024 du 11 juin 2024

IT: GE_GERICHTE ATAS/464/2024 del 11 giugno 2024

Erwägungen

E. 1.1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales 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.

A/3068/2023 - 7/12 -

E. 1.2

À 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. 1.3

Interjeté dans la forme et le délai – de trente jours – prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et et 62 ss de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 2.1

Aux termes de l'art. 6 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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).

E. 2.2

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 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références), y compris en matière d'atteinte dentaire (cf. par exemple arrêts du Tribunal fédéral 9C_242/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.2 et 8C_399/2008 du 19 novembre 2008 consid. 1.2 avec références).

E. 2.2.1

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 condition est réalisée 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 (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1). Il n'est pas nécessaire que

l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

E. 2.2.2

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé.

A/3068/2023 - 8/12 - La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 143 II 661 consid. 5.1.2 ; 139 V 156 consid. 8.4.2). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et A117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 2.2.3

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 ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

E. 2.3

En 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. Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, et les références citées).

E. 3.1

En l'espèce, dans sa réponse au recours, l'intimée note notamment : « Le recours de [l'intéressée] à ce propos n'est pas clair car elle semble considérer que la décision et la décision sur opposition de [la caisse] valent refus de prise en charge de la prothèse endommagée lors de l'accident. Or, il n'en est rien ; le refus de prise en charge porte sur la pose d'un implant supplémentaire conformément aux appréciations du Dr G_____. Il conviendrait ainsi que [la recourante], après avoir pris connaissance de la présente réponse, se détermine clairement sur la portée de son recours ».

A/3068/2023 - 9/12 - En réalité, c'est la position de l'intimée qui est difficilement compréhensible. En effet, sa décision sur opposition querellée indique comme seul objet du litige « le refus de prise en charge de l'implant posé en Q2 », alors que ce point n'est pas contesté par la recourante, ce déjà dans son opposition et qu'elle semble refuser toutes prestations d'assurance dans sa décision – initiale – du 12 juillet 2023. Par cette limitation à un objet du litige qui est sans objet réel puisque sans contestation, la caisse n'a ni instruit ni tranché la seule demande de l'assurée, qui consiste simplement en le remboursement de la « facture de prothèse » du 11 mai 2023 des Drs D_____ et F_____ relativement à l'intervention le « 12/05/2023 », pour la « pose de 9 piliers prothétiques » à hauteur de EUR 2'200.- et pour la « pose d'un bridge 14 dents résine de 27 à 17, armature résine fibrée, transvissé sur les piliers prothétiques » à concurrence de EUR 6'500.-, soit au total EUR 8'700.-, voire éventuellement également en le remboursement de la « facture de soins » du même 11 mai 2023 de CHF 1'850.- portant pour l'essentiel sur la « pose d'un implant sur 26 » pour EUR 1'350.-. Or le Dr G_____, médecin-conseil de la caisse, dans son rapport complémentaire du 6 juillet 2023, paraît se prononcer uniquement sur la « facture de soins » du 11 mai 2023 de CHF 1'850.- portant pour l'essentiel sur la « pose d'un implant sur 26 » pour EUR 1'350.- et ne pas avoir examiné la « facture de prothèse » du 11 mai 2023 relativement à l'intervention le « 12/05/2023 », soit parce qu'il ne l'a pas vue soit parce qu'il a estimé qu'elle se confondait avec les indications figurant dans le questionnaire rempli le 30 mai 2023 par le Dr D_____. Dans le même sens, l'intimée, dans sa réponse au recours (allégué 16), allègue que l'intéressée lui a, le 21 juin 2023, adressé la « facture de soins » du 11 mai 2023 pour CHF 1'850.-, et donc pas la « facture de prothèse » du même jour pour CHF 8'700.-, alors que cette dernière figure dans son chargé de pièces. Pourtant, dans son courriel du 21 juin 2023 à l'intimée, l'assurée évoque « le devis complet du chirurgien-dentiste » et, dans son courriel de demande de complément au médecin-conseil du 22 juin 2023, la collaboratrice de la caisse ne mentionne pas une seule facture mais « les factures ». Le refus par la caisse de toutes prestations d'assurance, alors que le principe de la prise en charge en LAA d'une partie de la « facture de prothèse » précitée était admis par son médecin-conseil et elle-même, ou l'absence d'instruction puis de décision concernant le montant à verser à l'assurée comme prise en charge desdites factures semble se rapprocher d'un refus de statuer constitutif de déni de justice, qui existe lorsqu'une autorité ne rend pas de décision formelle pouvant faire l'objet d'un recours – ne serait-ce (éventuellement) qu'une décision constatant l'irrecevabilité de la demande – alors qu'elle serait tenue de le faire selon la législation (cf. à ce sujet, notamment, Jean MÉTRAL, in Commentaire romand, LPGA, 2018, n. 48 ad art. 56 LPGA). À cet égard, en vertu de l'art. 56 al. 2 LPGA, le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur, malgré la demande de l'intéressé, ne rend pas de décision ou de décision sur opposition.

A/3068/2023 - 10/12 -

E. 3.2

Quoi qu'il en soit, il convient de retenir au fond ce qui suit.

E. 3.2.1

Dans son rapport complémentaire du 6 juillet 2023, le Dr G _____ a exclu que la « facture de soins » du 11 mai 2023 de CHF 1'850.- puisse relever de l'assurance-accidents, car son objet principal, le nouvel implant (26) qui constitue le 9ème implant de la prothèse qui en comptait 8 auparavant, n'existait pas au moment de l'accident et est donc sans lien de causalité avec ce dernier. Cette prise de position du médecin-conseil n'est pas contestée par la recourante, et est du reste incontestable.

E. 3.2.2

En revanche, le Dr G _____, suivi par la caisse, a admis dans son principe la prise en charge par l'assurance-accidents (au sens de la LAA) de la « facture de prothèse » du 11 mai 2023 des Drs D _____ et F _____ relativement à l'intervention le « 12/05/2023 », pour la « pose de 9 piliers prothétiques » de EUR 2'200.- et pour la « pose d'un bridge 14 dents résine de 27 à 17, armature résine fibrée, transvissé sur les piliers prothétiques » de EUR 6'500.- (au total EUR 8'700.-), étant précisé que les EUR 6'500.- précités sont constitués d'honoraires de EUR 4'000.- ainsi que d'une fourniture ou de frais de laboratoire de EUR 2'500.-, selon le devis du 2 décembre 2022 et le questionnaire complété le 30 mai 2023. Le médecin-conseil de l'intimée a toutefois précisé que le 9ème implant (ou pilier) de la prothèse, en Q2, devrait être exclu de la prise en charge selon la LAA (comme exposé au consid. 3.2.1) et a considéré que le montant de EUR 4'000.- susmentionné paraît anormalement élevé. La caisse n'a pourtant, après réception de ses rapports des 15 juin et 6 juillet 2023, pas cherché à déterminer le montant dû sur ladite facture de EUR 8'700.-, en violation de son obligation d'instruire le cas. Certes, dans son document « garantie de prise en charge des coûts » reprenant la prise de position du médecin-conseil du 15 juin 2023 et adressé à la recourante, l'intimée lui a écrit que, le montant de EUR 4'000.- lui paraissant anormalement élevé pour la seule réalisation de la prothèse, elle lui laissait le soin de transmettre à la caisse « la facture finale » qui « sera détaillée au niveau des prestations », mais, après avoir reçu de l'intéressée le 21 juin 2023 les deux factures du 11 mai 2023, elle ne lui a pas fait part de ce que celles-ci seraient insuffisantes ni n'a demandé une facture détaillée ou posé des questions complémentaires directement au Dr D _____, laissant ainsi la question de la détermination du montant dû par l'assurance-accidents sur la facture de EUR 8'700.- sans instruction finale ni réponse.

E. 3.3

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les

A/3068/2023 - 11/12 - parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère

que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Dans le cas présent, étant donné que le montant de prise en charge de la « facture de prothèse » du 11 mai 2023 des Drs D_____ et F_____ de EUR 8'700.- est demeuré sans aucune investigation complémentaire par l'intimée, le cas échéant après questions complémentaires aux Drs G_____ et/ou D_____, la cause doit être renvoyée à la caisse pour instruction et décision sur ce point.

E. 4

Vu ce qui précède, le recours sera partiellement admis (la recourante n'ayant, notamment, pas clairement exclu une demande de remboursement de la « facture de soins » du 11 mai 2023 de CHF 1'850.-), la décision sur opposition querellée sera confirmée en tant qu'elle refuse la prise en charge de cette facture, mais annulée concernant la question du montant à prendre en charge de la « facture de prothèse » du 11 mai 2023 d'une somme totale de EUR 8'700.-, et la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction et décision sur ce point, au sens des considérants.

E. 5

La recourante, qui n'est pas représentée en justice et qui n'a pas allégué avoir déployé des efforts dépassant la mesure de ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA et vu l'art. 61 let. fbis LPGA).

A/3068/2023 - 12/12 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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