

GE_GERICHTE ATAS/562/2014 vom 30. April 2014

GE Cour de justice, 2014-04-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_562_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/562/2014 du 30 avril 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/562/2014 del 30 aprile 2014

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; RSG 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

La LPGA, entrée en force le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Le recours a été déposé dans les délai et forme prévus par la loi (art. 56ss LPGA). a) S'agissant de la qualité pour recourir, condition à la recevabilité du présent recours, l'art. 59 LPGA dispose que 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. Il est patent que la recourante est directement touchée par la décision querellée – ce que l'intimée paraît d'ailleurs implicitement admettre puisqu'elle l'a notifiée à

A/3565/2013 - 8/14 - celle-ci et non au Centre. En effet, un intérêt digne de protection représente tout intérêt pratique ou juridique à demander la modification ou l'annulation de la décision attaquée. Cet intérêt consiste dans l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant, en lui évitant de subir un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. Il implique que cet intérêt soit direct et concret, le recourant devant se trouver dans un rapport suffisamment étroit, spécial et digne d'être pris en considération avec la décision entreprise. Il doit être touché dans une mesure et avec une intensité plus grande que l'ensemble des administrés (ATF 137 II 40 consid. 2.2). Comme cela ressort expressément de la jurisprudence, le préjudice ne doit pas s'être déjà réalisé pour que l'intérêt digne de protection soit retenu. Dans ces conditions, la simple possibilité que le Centre se retourne contre la recourante pour obtenir le paiement de sa facture confère à celle-ci un intérêt digne de protection au sens de l'art. 59 LPGA. b) L'intimée soutient que l'assureur-accidents rembourse les soins au fournisseur directement selon le système du tiers payant, et que la recourante ne serait pas légitimée à en exiger le paiement. Elle conclut de plus à l'irrecevabilité des conclusions nouvelles prises dans la réplique de la recourante tendant à la prise en charge des factures du Centre. Il est vrai que la LAA, contrairement à la législation en matière d'assurance- maladie qui connaît le remboursement des frais, prévoit l'octroi de prestations en nature (ATF 123 V 53 consid. 3a). Selon l'art. 57 al. 1 LAA, les litiges entre assureurs et personnes exerçant une activité dans le domaine médical, laboratoires, établissements hospitaliers et établissements

de cure sont jugés par un tribunal arbitral dont la juridiction s'étend à tout le canton. L'institution d'un tribunal arbitral pour connaître des litiges entre fournisseurs de soins et assureurs n'exclut cependant pas la compétence de la Chambre de céans conformément aux dispositions légales citées ci-dessus lorsqu'il s'agit de statuer sur le droit d'un assuré à la prise en charge d'un traitement consécutif à un accident. En effet, en cas de refus de l'assureur-accidents de prendre en charge un traitement, tant l'assuré que le fournisseur de soins sont légitimés à agir en justice (Alexandra RUMO- JUNGO, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3ème éd. 2003, p. 257). En outre, aucune disposition ne prévoit l'interdiction pour une partie de modifier ses conclusions en cours de procédure dans le domaine des assurances sociales. De plus, le juge des assurances sociales n'est pas lié par les conclusions des parties (cf. art. 61 let. d LPGA). Les conclusions nouvelles de la recourante sont ainsi recevables. On ajoutera enfin que l'intimée a, à plusieurs reprises, remboursé directement à la recourante les soins prodigués par des prestataires. On s'étonne dès lors qu'elle invoque le système du tiers payant à ce stade de la procédure. Eu égard à ces éléments, le recours est recevable.

A/3565/2013 - 9/14 -

E. 4

L'objet du litige porte sur le droit de la recourante au traitement consécutif à son accident, plus particulièrement sur le point de savoir si le séjour au Centre doit être pris en charge.

E. 5

Selon l'art. 10 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir: 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 (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e) (al. 1). L'assuré peut choisir librement son médecin, son dentiste, son chiropraticien, sa pharmacie ou l'établissement hospitalier dans lequel il veut se faire soigner (al. 2). Le Conseil fédéral peut définir les prestations obligatoirement à la charge de l'assurance et limiter la couverture des frais de traitement à l'étranger. Il peut fixer les conditions auxquelles l'assuré a droit aux soins à domicile et la mesure dans laquelle ceux-ci sont couverts (al. 3). L'art. 48 LAA dispose que 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. En vertu de l'art. 48 LAA, l'assureur est fondé à refuser la prise en charge d'un traitement qu'il n'estime pas approprié (RAMA 1995 n°U 227 du 22 mai 1995 consid. 2a). Le traitement doit être non seulement approprié, c'est-à-dire adéquat, mais également économique. Le caractère économique s'analyse selon l'art. 54 LAA (Jean-Maurice FRÉSARD/Margrit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd. 2007, n. 142 p. 892). Aux termes de l'art. 54 LAA, 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. Selon cette disposition, l'assureur-accidents a le droit de refuser la prise en charge de mesures thérapeutiques qui

sont inutiles ou qui peuvent être remplacées par d'autres traitements moins coûteux (RUMO-JUNGO, op. cit., pp. 272-273 et les références).

E. 6

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 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve va

A/3565/2013 - 10/14 - au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2).

E. 7

En l'espèce, l'intimée a refusé la prise en charge du traitement au motif qu'un traitement par physiothérapie ambulatoire était adéquat et moins onéreux. Les soins prodigués au Centre ont consisté en physiothérapie exclusivement. Le Dr D_____ ne mentionne en effet aucun autre traitement lors de ce séjour. Or, on doit admettre qu'aucune raison médicale ne s'opposait à ce qu'un tel traitement soit administré de manière ambulatoire, et que le séjour au Centre n'était pas nécessaire du point de vue médical. Le Dr D_____ ne le conteste d'ailleurs pas expressément, mais avance des motifs sociaux en faveur de l'hospitalisation de la recourante dans son rapport du 12 mars 2013. Sur ce point, on relèvera en premier lieu que les explications du Dr D_____ paraissent peu convaincantes. On voit en effet mal pourquoi un kinésithérapeute ne pourrait dispenser son traitement lors de deux séances quotidiennes au même patient, ou si tel devait être le cas pourquoi la physiothérapie ne pourrait avoir lieu chaque jour auprès de deux kinésithérapeutes différents. En outre, comme le relève à juste titre l'intimée, le domicile de la recourante est situé à proximité de plusieurs cabinets de kinésithérapeutes. Par ailleurs, ni la recourante ni son médecin n'ont établi qu'un traitement ambulatoire a d'abord été envisagé, mais qu'il n'a finalement pu se dérouler pour des motifs pratiques tels que le manque de disponibilité des thérapeutes ou l'impossibilité pour ces derniers de se déplacer. Or, le Tribunal fédéral a déjà admis dans un cas similaire que le refus de l'assureur- accidents de prendre en charge un séjour de réhabilitation était fondé lorsqu'un traitement ambulatoire de physiothérapie était approprié (arrêt du Tribunal fédéral 8C_95/2009 du 4 juin 2009, consid. 3.1). Par surabondance, même s'il fallait admettre que les motifs sociaux avancés par le chirurgien de la recourante étaient convaincants, en vertu du principe d'économicité du traitement, une caisse-maladie n'a pas à prendre en charge un séjour dans un établissement hospitalier lorsqu'un assuré dont l'état ne nécessite plus une hospitalisation continue de séjourner dans un tel établissement, par exemple parce qu'il n'y a pas de place dans un établissement médico-social adapté à ses besoins, et que l'hospitalisation ne repose finalement que sur des motifs d'ordre social (arrêt du Tribunal fédéral K 158/04 du 21 mars 2006, consid. 4 et les références). On peut appliquer cette jurisprudence mutatis mutandis à l'assurance-accidents.

E. 8

La recourante allègue en outre que l'intimée n'aurait pas fait connaître sa position à temps. L'art. 48 LAA a pour conséquence que le médecin doit solliciter l'accord de l'assureur pour les mesures thérapeutiques qu'il entend mettre en œuvre pour un patient. En cas d'urgence, pour les premiers soins ou lorsqu'il s'agit de soulager des douleurs intolérables, le médecin peut administrer les soins usuellement dispensés

A/3565/2013 - 11/14 - par les médecins dans de telles situations sans accord préalable de l'assurance. Le médecin doit par la suite informer cette dernière des soins déjà donnés et du traitement envisagé pour la suite. Lorsque l'assurance ne refuse pas la prise en charge dans un délai utile, ces soins sont considérés comme acceptés (Alfred MAURER, Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 297). En l'espèce, en ce qui concerne la date de réception de la demande de prise en charge, contrairement à ce que la recourante semble alléguer, ce n'est pas à l'intimée de démontrer qu'elle a bien reçu ce courrier le 14 février 2013 mais à la recourante d'amener la preuve que ce pli a été acheminé dans un meilleur délai puisqu'elle semble implicitement inférer un droit à la prise en charge de la détermination prétendument tardive de l'intimée. En effet, le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a). Or, compte tenu de l'expédition internationale, un délai de 10 jours pour acheminer un courrier ne paraît pas invraisemblable. De plus, quand bien même il faudrait admettre que la demande du Centre est parvenue à l'intimée avant le 14 février, cette dernière s'est déterminée le 4 mars suivant sur le droit de la recourante à la prise en charge d'un tel séjour. Un délai de moins d'un mois reste raisonnable pour se prononcer sur la nécessité d'une prestation donnée, d'autant plus que l'intimée devait recueillir l'avis de son médecin-conseil dans ce laps de temps. Enfin, l'intervention chirurgicale était planifiée en tout cas depuis le

E. 10

La recourante sollicite notamment une expertise afin de démontrer le caractère approprié du traitement et l'audition du Dr D_____ et d'une collaboratrice du Centre. Si le recourant a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont

A/3565/2013 - 13/14 - encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61). En l'espèce, le caractère approprié de la physiothérapie au plan médical n'est en soi pas contesté, seul le critère d'économicité d'un tel traitement prodigué sous forme stationnaire est remis en cause. Dès lors qu'il ne s'agit pas là d'un point relevant de la médecine, tant une expertise que l'audition du Dr D_____ s'avèrent inutiles, par appréciation anticipée des preuves. Quant à l'audition d'une collaboratrice du Centre, elle vise à démontrer que la demande de prise en charge a bien été expédiée le 4 février 2013. Ce n'est cependant pas la date d'expédition mais de réception de ce courrier qui est litigieuse en l'espèce. Or, le témoignage d'une collaboratrice du Centre n'est pas susceptible d'amener des informations sur ce point. Par conséquent, la Chambre de céans y renoncera.

E. 11

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. La recourante a droit à des dépens, qu'il convient en l'espèce de fixer à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGa). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/3565/2013 - 14/14 - 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.