

GE_GERICHTE ATAS/694/2011 vom 6. Juli 2011

GE Cour de justice, 2011-07-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_694_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/694/2011 du 6 juillet 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/694/2011 del 6 luglio 2011

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des

A/4094/2010 - 4/11 - assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à l'assurance- accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

, 169 consid. 1, 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où la rechute du recourant est intervenue en mai 2010 et que la décision litigieuse date d'octobre 2010, la LPGA est applicable au cas d'espèce, de même que la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) dans leur teneur actuelle.

E. 2

Aux termes de l'art. 1 al. 1 LAA, applicable au cas d'espèce, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-accidents. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid.

E. 3

Interjeté dans les délais et la forme prescrite, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10)).

E. 4

Le litige porte sur le point de savoir si les frais du traitement dentaire en cause sont à la charge de l'intimée au titre d'une rechute de l'accident survenu en 1962.

E. 5

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 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). 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 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Les prestations de l'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11

A/4094/2010 - 5/11 - de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c, ATF 8C_92/2010). a) 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 exigence est remplie 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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, 402 consid. 4.3.1; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C_628/2007). b) 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. Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 129 V 177 consid. 3.2 et la référence; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C_628/2007), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 et les références). 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les références).

A/4094/2010 - 6/11 - c) Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau ou lorsque l'atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une incapacité de travail. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif.

Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents initial de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 239 consid. 2c; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2, U 357/04; 2005 n° U 557 p. 388 consid. 3.2, U 244/04). En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue. Les conséquences de l'absence de preuve d'un tel lien entre la nouvelle atteinte et l'accident doivent être supportées par l'assuré qui requiert des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; ATF non publié U 192/06 du 10 avril 2007, consid. 3.2.2).

E. 6

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié U 345/03 du 13 octobre 2004, consid. 3.2). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et

A/4094/2010 - 7/11 - l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le

simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié I 592/99 du 13 mars 2000, consid. b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Une évaluation médicale complète ne saurait toutefois être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il y a lieu de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'évaluation et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé du point de vue attaqué ou établir le caractère incomplet de celui-ci (arrêt 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante

A/4094/2010 - 8/11 - et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c).

E. 7

En l'espèce, le recourant requiert de l'intimée la prise en charge des frais dentaires alléguant que les complications aujourd'hui rencontrées sont une rechute ou encore une séquelle tardive de l'événement de 1962. Ainsi, le recourant estime que le lien de causalité entre l'accident et la nécessité, ce jour, de procéder au changement du bridge posé en 1990, soit vingt ans plus tôt, ne saurait être nié. Le recourant fonde sa requête sur les rapports de ses dentistes traitants, les Drs M_____ et L_____. Bien que ces deux spécialistes ne puissent conclure à l'existence d'un lien de causalité entre la rechute et l'accident de 1962 - n'ayant pas rencontré le patient au moment des faits, ni même suivi l'évolution de son cas -, ils s'accordent à dire que le bridge posé en 1990 (soit lors de la seconde rechute), bien qu'exécuté selon les règles déontologiques de l'époque, n'est plus adapté et qu'il est aujourd'hui indispensable qu'il soit changé. Dans leurs conclusions, les précités n'admettent nullement que les complications aujourd'hui rencontrées sont dues à un manque d'hygiène de la part du recourant, mais plutôt estiment-ils que la durée de vie d'un bridge ayant été posé vingt ans auparavant est atteinte et qu'il est tout-à-fait adéquat d'avoir à procéder à son

changement après tant d'années. Quant à l'intimée, sur la base du rapport du Dr M_____ et par l'entremise de son dentiste conseil, elle refuse toute prestation en faveur du recourant au motif que les complications dentaires ne sauraient être mises en lien de causalité naturelle avec l'accident de 1962. L'intimée conclut que seul un défaut d'hygiène peut être la cause des maux du précité. Dès lors, une rechute ou séquelle tardive ne saurait être admise. Or, en 1962, la SUVA avait pris en charge les frais de traitement relatifs à cet événement, ainsi que deux rechutes, la dernière datant de 1990. Il ressort ainsi du rapport établi par le Dr L_____ en 1990 que la seconde rechute nécessitait la mise en place d'un bridge antero-supérieur sur les six dents avant (11-12-13-21-22- 23). Il est pour le moins surprenant que le dentiste conseil n'ait pas retenu qu'en 1990 déjà, le pont dentaire portait sur les six dents énumérées mais uniquement sur la 11 et la 21. Cette appréciation est en contradiction avec les déclarations du Dr L_____ qui atteste, une fois encore en 2010, que le bridge a bel et bien été exécuté sur six dents en 1990. Il est d'autant plus étonnant que la durée de vie du bridge n'ait pas été analysée par l'intimée, alors que les dentistes traitants du recourant, dans leurs analyses, estiment que celle-ci est atteinte. En effet, il apparaît vraisemblable que des soins prodigués vingt ans plus tôt nécessitent une réintervention en raison de la durée. À ce titre, dans une affaire similaire, le TCAS avait retenu, à teneur d'expertise, que la péjoration d'un pont en céramique après vingt ans était évidente, de même que le fait d'avoir à procéder à son changement

A/4094/2010 - 9/11 - (ATAS/543/2005). Or, cet aspect n'a pas été investigué à satisfaction de droit par l'intimée de même que les différentes causes possibles à l'origine des problèmes dentaires du recourant. En effet, dans son analyse, l'intimée estime que tant les caries que la paradontopathie sont imputables à un manque de soins et d'hygiène de la part du recourant, écartant la possibilité que ces problèmes dentaires-là soient non pas la cause mais la conséquence de la pose du bridge. L'intimée omet de s'interroger sur les hypothétiques motifs de la nécessité de procéder au changement du pont dentaire, concluant que seul un défaut d'hygiène peut en être la cause. Cette analyse n'est pas satisfaisante et de surcroît, pas suffisamment étayée. En effet, il convenait plutôt de s'interroger sur les causes des problèmes dentaires survenus en 2010 (caries, paradontopathie, changement du pont antéro-supérieur) ainsi que sur l'existence ou non d'un lien entre ces différents problèmes - raisons médicales, usure du temps, charge importante pour le reste de la dentition, risques liés à la pose d'un bridge. Le rapport du dentiste conseil n'apparaît pas suffisamment étayé et n'a pas une valeur probante suffisante pour que la Cour puisse s'y fier. En définitive, de l'avis de la Cours de céans, les investigations médicales effectuées par le conseil de l'intimée ne sont pas complètes. En effet, elles auraient dû distinguer les différentes causes susceptibles de donner lieu aux problèmes dentaires rencontrés par le recourant et expliquer en quoi une thèse s'avérait plus vraisemblable qu'une autre. Une étude plus précise aurait dû être effectuée par le dentiste conseil de l'intimée qui se contente de n'analyser qu'une hypothèse possible, écartant purement et simplement celles selon lesquelles l'usure du temps, le risque lié à la pose d'un bridge, ou encore des raisons médicales puissent être la cause des maux du recourant. Par ailleurs, la Cour de céans relève que c'est vraisemblablement à tort que le dentiste conseil retient que le bridge ne concerne que les dents 11 et 21, le rapport du Dr L_____ de 1990 attestant du contraire.

E. 8

La jurisprudence (DTA 2001 p. 169) prévoit deux solutions lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : soit renvoyer la cause à l'administration

pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de la rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si

A/4094/2010 - 10/11 - celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

E. 9

Pour l'ensemble des motifs développés ci-dessus, la Cour de céans considère qu'il convient de renvoyer le dossier à l'intimée afin qu'elle effectue une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise dentaire confiée à un expert indépendant. A l'issue de cette mesure complémentaire, il appartiendra à l'intimée de rendre une nouvelle décision sur le droit aux prestations d'assurance.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise dans le sens des considérants. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H LPA).

A/4094/2010 - 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.