

# **GE\_GERICHTE ATAS/732/2018 vom 23. August 2018**

GE Cour de justice, 2018-08-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_732\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_732_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/732/2018 du 23 août 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/732/2018 del 23 agosto 2018

## **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 - 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**

Le recours respecte les délai et forme prescrits par la loi (art. 56 ss LPGA).

### **E. 3**

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront par conséquent citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

### **E. 4**

a. Au préalable, se pose la question de la recevabilité des conclusions du recours, en ce que la recourante conclut implicitement à l'annulation de la décision attaquée, à la prise en charge de neuf séances de kinésithérapie d'un montant d'EUR 360.- (9 × EUR 40.-), ainsi que de trois consultations auprès de son médecin traitant à hauteur d'EUR 135.-. Elle semble également conclure à la constatation que le statu quo sine n'était pas atteint le 11 mai 2017. b. Selon la jurisprudence, l'action en constatation de droit est recevable si le demandeur a un intérêt digne de protection à la constatation immédiate du droit litigieux. Il doit s'agir d'un intérêt majeur, de fait ou de droit. En règle générale, cet intérêt fait défaut lorsque le demandeur peut immédiatement exiger une prestation exécutoire en sus de la simple constatation. Le juge retiendra un intérêt pour agir lorsqu'une incertitude plane sur les relations juridiques des parties et qu'une constatation judiciaire sur l'existence et l'objet du rapport pourrait l'éliminer. Une incertitude quelconque ne suffit cependant pas. Il faut bien plus qu'en se prolongeant, elle empêche le demandeur de prendre ses décisions et qu'elle lui soit, de ce fait, insupportable (arrêt du Tribunal fédéral 5C.246/2002 du 26 février 2003 consid. 3.1 et les références citées).

A/716/2018 - 6/11 - c. En l'espèce, à titre liminaire, la chambre de céans prend acte de l'accord de l'intimée de prendre en charge les neuf séances de kinésithérapie effectuées

entre le 2 juin et le 13 juillet 2017 pour un montant d'EUR 360.-. Ensuite, dans la mesure où l'action en constatation de droit est subsidiaire par rapport à l'action en exécution, et qu'en l'occurrence, la recourante peut demander le remboursement des honoraires de son médecin traitant (les factures des 12 mai et 16 juin 2017 en lien avec des consultations ainsi que celle du 16 juin 2017 relative à la rédaction du rapport médical intermédiaire), ses conclusions en constatation sont irrecevables. Cependant, vu qu'elle réclame également la prise en charge des factures précitées, la chambre de céans admettra la recevabilité du recours.

#### **E. 5**

Le litige porte donc sur le droit de la recourante au remboursement des factures des 12 mai et 16 juin 2017 relatives aux consultations, ainsi que de celle du 16 juin 2017 afférente à la rédaction du rapport médical intermédiaire.

#### **E. 6**

a. 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1). b. 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) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). La condition de la causalité naturelle 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. 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). c. 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 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

A/716/2018 - 7/11 - d. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas 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). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

#### **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 notamment: au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, par le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (let. a).

#### **E. 8**

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

#### **E. 9**

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. a. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci

A/716/2018 - 8/11 - contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d).

L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). b. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin

traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

#### **E. 10**

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. 11**

a. En l'espèce, sur le plan médical, il n'est pas contesté par l'intimée que l'événement du 11 novembre 2016 a déclenché des douleurs lombaires, si bien que le lien de causalité entre cet accident et les atteintes somatiques est établi. Sur la base de l'avis du Dr E\_\_\_\_\_, médecin-conseil, l'intimée a mis fin à ses prestations rétroactivement au 11 mai 2017. Dans son avis du 28 juin 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a, après avoir rappelé l'entorse simple du rachis lombaire et les troubles dégénératifs majeurs, retenu que le statu quo sine avait été atteint au maximum quatre à six mois après l'accident. b. L'appréciation du médecin-conseil ne contient toutefois aucune anamnèse détaillée. Il ne se prononce pas sur le contenu du rapport de la Dresse D\_\_\_\_\_ du

A/716/2018 - 9/11 -

#### **E. 16**

juin 2017, aux termes duquel le traitement médical était prévu jusqu'à fin juillet 2017. De surcroît, les conclusions du médecin-conseil ne sont nullement motivées. Certes, la recourante présentait des troubles dégénératifs majeurs au niveau du rachis lombaire, antérieurs à l'accident du 11 novembre 2016. Toutefois, en présence d'une décompensation d'un état dégénératif préexistant, le lien de causalité ne cesse que si le dommage résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Or, à défaut d'explications, il est impossible de comprendre pour quels motifs le statu quo sine doit être fixé au maximum quatre à six mois après le traumatisme. Force est de constater que l'intimée a rendu la décision querellée sur la base d'un avis médical dénué de force probante. Toutefois, au vu de ce qui suit, la question de savoir si le statu quo sine a été atteint le 11 mai 2017 peut rester ouverte. 12. a. La recourante conclut au remboursement de la somme de d'EUR 135.- pour trois consultations chez le médecin traitant et des frais d'établissement du rapport médical intermédiaire du 16 juin 2017. b. À cet effet, la recourante a produit uniquement deux notes d'honoraires d'EUR 35.- chacune de la Dresse D\_\_\_\_\_, datées des 12 mai et 16 juin 2017. Ainsi, il ne peut être tenu compte d'une troisième note d'honoraires, laquelle ne figure au demeurant pas non plus dans le dossier de l'intimée. Dans les deux documents produits, la praticienne indique que les deux consultations se réfèrent à l'accident du 11

novembre 2016, lequel a causé les douleurs lombaires – ce qui n'est pas contesté par l'intimée ■, ayant nécessité en particulier des séances d'ostéopathie et de kinésithérapie (cf. rapport de la Dresse D\_\_\_\_\_ du 16 juin 2017). Dans ces circonstances, la chambre de céans admet, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la consultation du 12 mai 2017 a trait, comme l'allègue la recourante, à la prescription de la radiographie lombaire face et profil, suivie d'une discussion sur les conclusions de cet examen en imagerie médicale, lequel avait été réalisé deux semaines plus tôt, le 21 avril 2017, soit avant la date butoir du 11 mai 2017 fixé par le Dr E\_\_\_\_\_. En outre, il est hautement probable que la consultation du 16 juin 2017 ait eu lieu pour faire le point sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, suivie depuis le 2 juin 2017 par un kinésithérapeute, en vue de la rédaction du rapport médical intermédiaire, daté du 16 juin 2017. Or, la kinésithérapie ayant été prescrite le 17 avril 2017, soit avant le 11 mai 2017, elle doit être considérée comme étant en lien avec des douleurs en relation de causalité avec l'accident, même si ce traitement n'a pu être effectué qu'en juin 2017. Par conséquent, la consultation qui a suivi pour évaluer le résultat de cette thérapie est aussi en rapport avec les atteintes provoquées par l'accident. c. Quant aux frais d'établissement du rapport, la Dresse D\_\_\_\_\_ a facturé un montant d'EUR 50.- mais l'intimée n'en a remboursé que la somme de CHF 29.40, sans donner d'explications à ce sujet.

A/716/2018 - 10/11 - En vertu de l'art. 10 al. 1 let. a LAA, l'assuré a droit notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin. À l'alinéa 3 de cette disposition, il est précisé que le Conseil fédéral peut limiter la couverture des frais de traitement à l'étranger. Conformément à l'art. 17 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les frais occasionnés par un traitement médical nécessaire subi à l'étranger ne sont remboursés que jusqu'à concurrence du double du montant de ceux qui auraient résulté d'un traitement en Suisse. Les frais d'un rapport médical en relation avec un événement assuré doivent assurément être assimilés aux frais de traitement, tel que cela est prévu au demeurant par la structure tarifaire Tarmed, applicable aux prestations médicales facturées en Suisse. Partant, la facture de la Dresse D\_\_\_\_\_ d'EUR 50.- pour son rapport médical est entièrement à la charge de l'intimée, dès lors qu'il ne résulte pas du Tarmed que ces frais représenteraient plus du double d'un rapport médical établi en Suisse. 13. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse annulée. L'intimée sera condamné à rembourser à la recourante la contrevaieur en francs suisses, à la date des factures, du montant des honoraires de la Dresse D\_\_\_\_\_ des 12 mai et 16 juin 2017 d'EUR 70.- au total, ainsi que du solde de ses honoraires pour le rapport médical d'EUR 50.-, après déduction de la somme de CHF 29.40 déjà payée. 14. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

A/716/2018 - 11/11 - 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.