

GE_GERICHTE ATAS/768/2016 vom 28. September 2016

GE Cour de justice, 2016-09-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_768_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/768/2016 du 28 septembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/768/2016 del 28 settembre 2016

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

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. 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. 3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA.

E. 4

L'objet du litige porte sur la question de savoir si l'intimée est fondée à limiter sa prise en charge du traitement dentaire à un stellite supérieur, en remplacement du pont 13 à 23 pris en charge à l'époque par la Winterthur dans le cadre de l'accident du 2 août 1984. Il n'est pas contesté que la fissure radiculaire de la dent 23 est due à un tenon du pont, respectivement est une séquelle tardive de l'accident du 3 septembre 1999.

A/4296/2015 - 9/18 -

E. 5

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la 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. 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). Les

prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 - OLAA; RS 832.202). 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 atteinte qui se manifeste à nouveau. 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 137 consid. 3a; ATF 118 V 293 consid. 2c 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 296 consid. 2c et les références; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005 consid.1.1).

E. 6

a) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment, le traitement ambulatoire dispensé par le dentiste (let. a), aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b) ainsi qu'aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). En vertu de l'art. 48 al. 1 LAA, 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. 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. L'art. 54a LAA prévoit que le fournisseur de prestations remet à l'assureur une facture détaillée et compréhensible. Il lui transmet également toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse se prononcer sur le droit aux prestations et vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation.

A/4296/2015 - 10/18 - b) Le droit au traitement s'étend à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il s'agit d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes à la santé physique ou psychique. La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (arrêt du Tribunal fédéral 8C_584/2009 du 2 juillet 2010 consid. 2 et les références citées). Les mesures médicales doivent se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement (ATF 116 V 44 consid. 2c; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 262/98 du 9 mai 2000 consid. 2a). Lorsque l'assureur arrive à la conclusion qu'il n'y a plus lieu d'attendre du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé, ou s'il estime que le traitement proposé par l'assuré ou son médecin est inapproprié, il est en droit de refuser la continuation du traitement en se fondant sur l'art. 48 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 154/02 du 17 mars 2003 consid. 3.2). Selon l'art. 54 LAA, 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 (Alexandra RUMO-JUNGO, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die

Unfallversicherung, 3ème éd. 2003, pp. 272-273 et les références). Ce principe ne concerne pas uniquement les relations entre assureur et fournisseurs de soins. Il est également opposable à l'assuré, qui n'a aucun droit au remboursement d'un traitement non économique (ATF 127 V 281 consid. 5b et la jurisprudence citée). Le traitement doit être non seulement approprié, c'est-à-dire adéquat, mais également économique. Le prestataire de soins se limitera aux mesures exigées par le but du traitement (caractère économique selon l'art. 54 LAA). Compte tenu du contrôle exercé par l'assureur-accidents, l'économie du traitement ne prête que rarement à contestation. Enfin, le traitement doit être scientifiquement reconnu (Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., p. 892 ch. 142). L'assurance-accidents est fondée sur le principe des prestations de soins en nature. L'assureur exerce un contrôle sur le traitement qu'il garantit à l'assuré à titre de prestation en nature. Ce contrôle ne s'exerce pas directement à l'endroit du patient, mais à l'égard du médecin traitant (ATF 134 V 189 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.2). Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assureur-accidents. C'est donc ce dernier qui est débiteur des frais de traitement vis-à-vis du prestataire de soins (système du tiers payant). En outre, l'assureur exerce un contrôle sur le traitement dentaire envisagé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 345/03 du 13 octobre 2004 consid. 5.2). La conséquence du droit de l'assureur-accidents d'ordonner des mesures de traitement est notamment qu'il est en droit de refuser des prestations

A/4296/2015 - 11/18 - pour une mesure thérapeutique à laquelle il n'a pas consenti et les suites qui en découlent (ATF 128 V 169 consid. 1b et les arrêts cités). c) L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou par rapport à la solution consistant à renoncer à toute mesure; est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). La réponse à cette question se confond normalement avec celle de l'indication médicale; lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3 consid. 4.4.2; ATF 125 V 95 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 279). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 125 V 95 consid. 4a; RAMA 2000 n° KV 132 p. 279; arrêt du Tribunal fédéral 9C_912/2010 du 31 octobre 2011 consid. 3.2). Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe dans le cas particulier plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse (ATF 139 V 135 consid. 4.4.3; ATF 124 V 196 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 29/96 du 16 septembre 1997 consid. 3c, in RAMA 1998 p. 1).

E. 7

a) 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b) 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 LPGA), 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

A/4296/2015 - 12/18 - 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. A 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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 permet 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. Etant 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 351 consid. 3b/ee). 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 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

E. 8

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

A/4296/2015 - 13/18 - 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. 9

En l'espèce, à la suite de l'accident du 2 août 1984, le recourant a subi des lésions dentaires nécessitant la pose d'un pont reliant les dents 13 à 23, pris en charge par la Winterthur, son assurance-accidents de l'époque régie par la LCA. A la suite d'un nouvel accident du 3 septembre 1999 ayant provoqué une contusion des dents pilier 13, 12 et 23, l'intimée a pris en charge un traitement radiculaire de ces trois dents pilier. Dans son résultat d'examen/devis du 8 février 2013 et son rapport du 11 février 2013, le Dr E_____ fait état d'une fissure radiculaire de la dent 23 due à un tenon avec perte complète osseuse péri-radicaire constatée lors de la chirurgie. Il préconise la section du pont au niveau de la dent 12, la pose d'un implant aux dents

E. 11

Dans un deuxième grief, le recourant reproche à l'intimée de pas l'avoir fait examiner par son médecin-dentiste conseil avant l'exécution des travaux requis. A cet égard, le recourant méconnaît le fait qu'en assurance-accidents, le traitement n'est pas remboursé par l'assureur, mais est pris en charge selon le système du tiers payant par ce dernier qui exerce un contrôle sur le traitement qu'il garantit à l'assuré à titre de prestations en nature. C'est auprès de l'assureur, en principe tout au moins, que le fournisseur de prestations doit demander l'autorisation de prendre les mesures qui lui paraissent indiquées pour le traitement de l'assuré (cf. ATF 136 V 141 consid. 4.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 345/03 du

E. 13

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis au sens des considérants et la décision de l'intimée du 10 novembre 2015 sera annulée. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

A/4296/2015 - 18/18 - 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.