

# **GE\_GERICHTE ATAS/78/2014 vom 14. Januar 2014**

GE Cour de justice, 2014-01-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_78\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_78_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/78/2014 du 14 janvier 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/78/2014 del 14 gennaio 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis 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-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 LAMal, dont celui des tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55 LAMal).

### **E. 3**

Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente et dans la forme requise par la loi, le recours est recevable (art. 56 al. 1, 58 al. 1 et 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 la question de savoir si le traitement dentaire subi par la recourante doit être pris en charge en totalité ou partie par l'assurance obligatoire des soins, singulièrement si les lésions dentaires alléguées par la recourante sont avérées, et dans l'affirmative, si elles sont en lien de causalité avec l'accident du 22 mars 2012.

### **E. 5**

En vertu de l'art. 31 al. 2 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1a al. 2 let. b LAMal. Cette dernière disposition prévoit quant à elle que l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas d'accident (art. 4 LPGA), dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge.

### **E. 6**

a) Selon l'art. 4 LPGA, 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. b) En ce qui concerne le lien de causalité entre les lésions et un accident, il y a lieu de se référer à la jurisprudence rendue dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20). c) 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

A/1239/2013 - 8/13 - 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 faut et 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 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 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). L'accident ne constitue pas une cause partielle de l'affection, mais une simple «cause aléatoire», lorsqu'elle peut manifestement intervenir en tout temps en raison d'un simple facteur déclenchant ou spontanément s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que même sans l'accident assuré, une telle évolution se serait produite dans un délai relativement bref (arrêt non publié du 5 avril 2007; U 413/05). Tout en relevant que l'insuffisance veineuse dont souffrait une assurée n'était pas d'origine accidentelle et, que cette affection, en empêchant la guérison de la plaie initialement provoquée par l'accident, constituait au moins une cause partielle, certes importante, de l'évolution de l'état de santé de l'assurée, le Tribunal fédéral n'a pas pour autant retenu que l'accident n'était pas causal. En effet, le fait que l'accident n'ait pas provoqué l'affection ne signifiait pas qu'il n'ait pas contribué, avec cette affection préexistante, à la survenance de l'atteinte pour laquelle le traitement était devenu nécessaire (arrêt non publié du 14 mai 2009; 8C\_726/2008). d) 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. 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. 2.2; ATF 125 V 460 consid. 5a 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 (ATF 118 V 286 consid. 3a; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

## **E. 7**

En matière dentaire, la jurisprudence précise que le caractère adéquat du lien de causalité entre le fait constitutif d'un accident de se casser une dent en mordant dans un pain aux noix qui contient un résidu de coquille et la survenance du dommage

A/1239/2013 - 9/13 - dentaire ne peut être nié que s'il y a lieu d'admettre que la dent se fût brisée même en l'absence d'une sollicitation anormale. La dent ne doit pas nécessairement être parfaitement saine, il suffit qu'elle remplisse normalement sa fonction (ATF 114 V 170; arrêt non publié du 13 avril 2006; K 41/05). Ainsi, le caractère adéquat du lien de causalité

entre le fait constitutif d'un accident et la survenance d'un dommage dentaire ne peut être nié que s'il y a lieu d'admettre que la dent fût brisée même en l'absence d'une sollicitation anormale (ATF 114 V 170; arrêt non publié du 1er juillet 2003; U 288/02).

## **E. 8**

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. 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, 2000, p. 268). 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 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. 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 125 V 351 consid. 3). c) 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge

A/1239/2013 - 10/13 - ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) 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). e) 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). f) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; ATFA non publié I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). g) Enfin, 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 324 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125

A/1239/2013 - 11/13 - V 195 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 322 consid. 5a).

## **E. 9**

En l'espèce, l'assurance ne conteste pas que la chute de l'assurée soit un accident au sens de l'art. 4 LPGA. A cet égard, les constatations objectives quelques jours après l'accident du Dr L\_\_\_\_\_ concernant des signes de contusion légers corroborent la description faite par l'assurée des circonstances de cet accident. D'ailleurs, l'assurance ne le conteste pas. Elle fait valoir l'absence de lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et le traitement devisé, en se fondant sur l'avis de son dentiste conseil. Cet avis est fondé exclusivement sur la radio panoramique, sans examen de l'assurée. Il décrit de façon lapidaire l'état de chaque dent et estime que la bouche de la patiente est "dans un état extrêmement négligé avec des dents délabrées" pour exclure que l'accident soit la cause des lésions constatées aux dents 14 et 15, qui étaient à ce point délabrées qu'elles ne pouvaient plus supporter une quelconque activité masticatoire. Selon lui, la grande majorité des dents a fait l'objet de traitements inadéquats et les couronnes existantes seraient toutes "perdues". Ses explications concernant la dent 15 sont circonstanciées et exposent de façon convaincante que c'est l'état antérieur de la dent qui a empêché de simplement poser une nouvelle couronne et imposé le choix d'un implant. Il admet par contre que la carie de la dent 14 est sans conséquence sur la fracture de l'émail, mais accuse l'assurée et son dentiste d'avoir volontairement attendu un accident pour refaire la couronne, abusant ainsi des assurances sociales. S'il s'avère que cet avis est convaincant sur certains points, il perd de sa valeur probante par son manque

d'objectivité, son ton et les termes tout à fait excessifs qu'il contient et en raison de la prévention de son auteur contre son confrère et la patiente. Pour sa part, le dentiste traitant confirme la description de la radiographie panoramique faite par le dentiste-conseil de l'assurance, mais estime que les dents

#### **E. 14**

et 15 étaient saines, compte tenu de leur âge et des traitements qu'elles avaient déjà subi, de sorte que la fracture des dents avait bien été causée par l'accident. D'abord, si le dernier courrier du Dr L\_\_\_\_\_ est manuscrit et non daté, rien ne permet sérieusement de douter qu'il en est bien l'auteur. Au surplus, le tampon "Adent clinique dentaire: Meyrin" est apposée au dos de l'enveloppe qui a été conservée par la Cour de céans. De plus, ce médecin a répondu à cinq des six questions de la Cour, omettant seulement celle concernant la description faite par la patiente de l'accident lors de la première consultation. Cet élément n'est toutefois pas déterminant puisque les circonstances de l'accident ne sont pas contestées. Cela étant, cet avis – outre qu'il émane du dentiste traitant de l'assurée – n'est pas assez précis, ni suffisamment motivé pour établir à lui seul un lien de causalité entre l'accident et l'ensemble des lésions et soins prévus.

A/1239/2013 - 12/13 - Il convient donc d'examiner si l'examen et la confrontation de ces deux avis permet de déterminer au degré de la vraisemblance prépondérante si les soins devisés sont en lien de causalité avec l'accident. 10. En premier, lieu, les deux dentistes s'accordent sur le fait que c'est bien la chute qui a causé la fracture de la céramique de la dent 14. A ce propos, le Dr M\_\_\_\_\_ se contente d'affirmer que la couronne aurait de toute façon dû être refaite à l'avenir en raison d'une carie. Outre le fait que cela n'est pas démontré, c'est sans incidence sur le lien de causalité naturelle. Cela ne signifie en effet pas, contrairement à ce que prétend l'assurance, que l'accident n'ait été qu'une simple cause aléatoire et que cette lésion serait intervenue spontanément, à l'occasion d'une simple mastication. En outre, le Dr M\_\_\_\_\_ ne rend pas vraisemblable qu'avant l'accident déjà, cette dent ne remplissait plus sa fonction masticatoire. De surcroît, il suffit que l'accident soit une des causes ou une cause partielle de la lésion pour que l'assurance-accident doive intervenir. Au surplus, dans la mesure où il est établi que la dent et la couronne ne se seraient pas brisées en l'absence d'une sollicitation anormale, le lien de causalité adéquate entre l'accident et ces fractures est admis. Cela suffit pour que l'assurance doive prendre à sa charge les frais liés aux soins concernant la dent 14. La motivation qui précède s'applique également à la dent 15, sous réserve de ce qui suit. S'il est démontré au degré de la vraisemblance prépondérante que c'est bien la chute qui a provoqué la fracture de ce qu'il restait de la racine de la dent, il est certain que si la dent avait été saine, l'accident n'aurait pas nécessité l'extraction du reste de la dent, la pose d'un implant, puis d'une couronne. Dans la mesure d'ailleurs où il ne semble pas que la couronne ait été brisée, mais qu'elle se soit seulement descellée lors du choc ayant rendu la dent mobile, ni l'implant, ni la nouvelle couronne ne sont à la charge de l'assurance accident, mais seulement les frais liés au rescelllement de la couronne existante. 11. En conséquence, il est établi que l'assurée s'est fissuré deux dents en tombant de son lit sur la table de nuit de sa chambre d'hôtel, de sorte que cet événement est en relation de causalité naturelle avec l'atteinte à la santé qu'elle a subie et les soins nécessités, sous réserve de la pose d'un implant et d'une nouvelle couronne sur la dent 15.

A/1239/2013 - 13/13 - 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.