

GE_GERICHTE ATAS/791/2019 vom 2. September 2019

GE Cour de justice, 2019-09-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_791_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/791/2019 du 2 septembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/791/2019 del 2 settembre 2019

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), 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

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

A/3291/2018 - 7/11 -

E. 3

Le litige porte sur le droit du recourant au remboursement par l'intimée de CHF 1'335.20 (soit CHF 2'199.30 sous déduction de CHF 864.10, versés par l'intimée le 1er octobre 2018).

E. 4

a. Selon l'art. 13 LAA, les frais de voyage, de transport et de sauvetage sont remboursés, dans la mesure où ils sont nécessaires (al. 1). Le Conseil fédéral peut limiter le remboursement des frais à l'étranger (al. 2). Selon l'art. 20 al. 1 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202), les frais nécessaires de sauvetage et de dégagement, ainsi que les frais médicalement nécessaires de voyage et de transport sont remboursés. D'autres frais de voyage et de transport sont remboursés lorsque les liens familiaux le justifient. b. La prise en charge des frais en cause est subordonnée à leur nécessité. Ce critère doit être apprécié ex ante, de manière objective, et non subjective, c'est-à-dire en fonction des circonstances réelles du cas, et non selon la manière dont la personne concernée les perçoit (André GHELEW, Olivier RAMELET et Jean-Baptiste RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, p. 79). c. La Commission ad hoc sinistres LAA (dans laquelle plusieurs assureurs LAA privés, ainsi que la SUVA, sont représentés) a été créée afin que les divers organismes appliquent la LAA de façon uniforme. Elle émet dans ce but des recommandations (consultables sur le site internet www.uvgadhoc.ch). C'est ainsi qu'elle a établi une directive n°1/94 (révision du 18 novembre 2016) concernant le remboursement de frais (frais de sauvetage, de dégagement, de voyage et de transport, frais de logement et d'entretien (ci-après : la directive LAA)). Aux termes de celle-ci, sont nécessaires au sens des dispositions de la loi et de l'ordonnance, les dépenses appropriées et raisonnables pour les actes de sauvetage et de dégagement, les frais de voyage jusque chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche qui est en mesure de traiter

le problème médical, ainsi que l'utilisation du moyen de transport adapté à la gravité de la blessure subie (art. 2.1). L'entrée en action de l'hélicoptère se justifie lorsque d'autres moyens ne peuvent pas ou ne peuvent que difficilement intervenir (notamment en montagne) ou alors lorsque le facteur temps joue un rôle déterminant. Si ce dernier argument n'a pas cette importance, un moyen de transport usuel suffit en règle générale, lorsque les conditions des routes sont normales. En effet, l'ambulance est en principe toujours indiquée, sans que des réserves doivent être émises pour certains types de blessures ou de lésions. Il appartient au secouriste de juger sur place des mesures raisonnables à mettre en œuvre (en fonction des problèmes techniques que pose le dégagement, de la nature et de la gravité de la blessure, de la voie à emprunter pour le transport, etc.). A ce sujet, il faut tenir compte du fait qu'un profane n'est souvent pas en mesure de juger de la nature et de la gravité des lésions (art. 2.3 et 2.4).

A/3291/2018 - 8/11 - d. Les recommandations de la Commission ad hoc sinistres LAA ne sont ni des ordonnances administratives, ni des directives de l'autorité de surveillance aux organes d'exécution de la loi. Elles ne créent pas de nouvelles règles de droit. Même si elles ne sont pas dépourvues d'importance sous l'angle de l'égalité de traitement des assurés, elles ne lient pas le juge (ATF 139 V 457 consid. 4.2 p. 460 s.; 134 V 277 consid. 3.5 p. 283 et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral 8C 465/2015 du 20 avril 2016). En tant que la directive LAA prévoit que l'entrée en fonction d'un hélicoptère se justifie si d'autres moyens ne peuvent que difficilement intervenir ou si le facteur temps joue un rôle déterminant, elle pose des critères adéquats et proportionnés. Ainsi, il n'y a pas de raison de s'en écarter (à cet égard, arrêt du Tribunal fédéral 8C 207/2010 du 31 mai 2010).

E. 5

Selon l'art. 6 al. 1 à 3 LTSU, il est institué une centrale téléphonique centralisant pour le canton les appels relatifs aux transports sanitaires urgents (ci-après : la centrale ; al. 1). La centrale est placée sous l'autorité du médecin cantonal. Elle est dirigée par un médecin spécialiste des urgences, qui en assume les responsabilités médicales et administratives (al. 2). Seule la centrale est compétente pour : a. réguler, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, y compris les jours fériés, les appels sanitaires relatifs aux transports sanitaires urgents ; b. coordonner et répartir l'intervention des divers moyens de transports publics ou privés. Selon l'art. 7 al. 1 et 2 LTSU, la centrale coordonne et répartit les interventions des divers moyens, publics et privés, de transports sanitaires urgents : a. en veillant à ce que le moyen de transport mobilisé réponde par son équipement à la nature et à la gravité du cas ; b. en donnant la priorité au véhicule disponible permettant d'assurer la prise en charge la plus rapide possible (al. 1). Dans les cas très graves, la centrale met en œuvre un cardiomobile, une ambulance médicalisée ou un hélicoptère (al. 2). Selon l'art. 9 al. 1 let. a à c et al. 2 à 4 du règlement d'application de la loi relative à la qualité, la rapidité et l'efficacité des transports sanitaires urgents du 13 juin 2001 (RTSU - K 1 21.01), la régulation de l'intervention d'urgence prend en compte : a. la nature et la gravité du cas (intervention médicalisée ou non) ; b. la mise à disposition du moyen approprié, public ou privé, permettant d'assurer la prise en charge la plus rapide possible ; c. les difficultés éventuelles d'accès au site, au blessé ou au malade (al. 1). La régulation est effectuée sur la base de procédures standardisées. Tout acte de régulation fait l'objet d'un rapport standardisé permettant aussi bien son contrôle individuel que son exploitation statistique (al. 2). La centrale 144 met en œuvre directement le moyen de transport le plus approprié à l'issue de la régulation (al. 3). La régulation est soumise à un contrôle de qualité régulier (al. 4). Selon

l'art. 11 RTSU, la centrale remet aux intervenants d'un transport sanitaire urgent régulé par elle un bon attestant du caractère urgent de l'intervention sanitaire effectuée (al. 1). Celui-ci est joint à toute facture d'intervention sanitaire urgente

A/3291/2018 - 9/11 - pour sa prise en compte par les organismes d'assurance-accidents ou maladie (al. 2).

E. 6

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 (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). 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 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). b. 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. 7

En l'occurrence, l'intimée conteste la nécessité d'une prise en charge du recourant par hélicoptère, en se fondant sur les avis de son médecin-conseil, lequel relève que le lieu de l'accident est proche des HUG et que le recourant n'a présenté aucune fracture, ni de pathologie thoracique à type pneumothorax suffoquant ou d'élément en faveur d'une détresse cardio-respiratoire, soit aucun signe d'urgence vitale ; par ailleurs, il considère qu'on ne peut retenir des douleurs extrêmement sérieuses au niveau des chevilles dans la mesure où aucune fracture n'a été confirmée.

A/3291/2018 - 10/11 - Selon le rapport des HUG du 2 décembre 2016, le recourant a présenté dans les suites de l'accident, un TCC simple, une contusion thoracique droite, une

contusion avec dermabrasion de la hanche droite, et une contusion avec dermabrasion de la cheville droite, nécessitant une désinfection avec pansement et un traitement par ibuprofène et paracétamol, ainsi qu'un arrêt de travail de deux jours. Cinq radiographies ont été pratiquées aux HUG (hanche, pied, cheville, bassin, thorax). Au vu de ces affections, le facteur temps n'était pas déterminant au point de justifier l'intervention d'un hélicoptère, au sens des directives LAA précitées. Cependant, il convient d'apprécier les circonstances réelles du cas au moment où la décision de faire intervenir un hélicoptère a été prise et non pas postérieurement au bilan médical effectué aux HUG. A cet égard, le régulateur sanitaire de la centrale 144 a estimé, en fonction des renseignements reçus par l'appel de 13h49, soit immédiatement après l'accident, que le recourant nécessitait un transport en urgence par hélicoptère. Cette décision a été motivée, selon le Dr F_____, en particulier par la description de l'état du recourant, soit gisant à terre, sans avoir l'air conscient, étalé sur la route, sans mouvement ainsi que par le lieu de l'accident, soit une route à haute cinétique impliquant un motard potentiellement polytraumatisé, éléments que l'intimée n'a pas contestés. Il apparaît ainsi que les renseignements fournis par l'appelant à la centrale 144 étaient inquiétants dès lors que le recourant, s'il ne présentait, en apparence, ni hémorragie, ni détresse respiratoire, était inerte, ce qui pouvait laisser supposer d'importantes lésions. Par ailleurs, le recourant portant un casque de moto, il n'était pas possible d'écartier tout risque d'hémorragie cérébrale, une telle hémorragie interne étant en outre possible. En ne discutant pas ces faits, les rapports du médecin-conseil de l'intimée ne sauraient se voir attribuer une pleine valeur probante. Par ailleurs, le médecin-conseil estime que le lieu de l'accident était proche des HUG (soit une distance de 9,7 km selon l'application Google Maps), ce qui n'est pas le cas, comme rappelé par le Dr F_____. Au demeurant, les explications fournies par le Dr F_____ permettent de considérer que l'état du recourant, juste après l'accident, démontrait selon les circonstances réelles du cas, et au degré de la vraisemblance prépondérante, que ce dernier nécessitait des soins immédiats, qu'il pouvait donc s'agir d'un cas très grave au sens de l'art. 7 al. 2 LTSU, de sorte que le facteur temps, au sens des directives LAA, jouait un rôle déterminant. Au vu de ce qui précède, il convient de constater que la décision de transporter le recourant par hélicoptère était justifiée et, qu'en conséquence, les frais de ce transport, soit un solde de CHF 1'335.20, sont à la charge de l'intimée.

E. 8

Partant, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée. L'intimée sera condamnée au versement en faveur du recourant de CHF 1'335.20. Le recourant ayant été représenté par une avocate dès le dépôt du recours jusqu'au 7 mars 2019, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera alloué, à charge de l'intimée.

A/3291/2018 - 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.