

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2434/2023

ATAS/182/2024

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 21 mars 2024**

**Chambre 3**

En la cause

A\_\_\_\_\_

représenté par Me Cédric DURUZ, avocat

recourant

contre

**VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA**

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

## EN FAIT

- A.**
- a.** Monsieur A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1990, travaillait en tant que chef de rang barman à plein temps auprès de B\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur), à Genève. À ce titre, il était assuré contre le risque d'accident, professionnel ou non, auprès de VAUDOISE GÉNÉRALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance).
  - b.** Par déclaration d'accident du 18 juillet 2019, l'employeur a informé l'assurance que le 16 juillet 2019, l'assuré, qui circulait à moto, avait eu un choc quasi-frontal avec une voiture.
  - c.** L'assuré a été hospitalisé au Service de chirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG) du 16 au 29 juillet 2019. Il s'est notamment vu diagnostiquer un traumatisme scrotal bilatéral. Il a subi une exploration testiculaire bilatérale et une orchidectomie gauche.
  - d.** Par la suite, l'assuré a été suivi par le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en urologie, et par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en endocrinologie.
  - e.** Suite à une orientation professionnelle prise en charge par l'assurance-invalidité et à un placement à l'essai auprès de l'entreprise E\_\_\_\_\_SA, l'assuré a été engagé par celle-ci en tant que « car expert » à plein temps, à compter du 1<sup>er</sup> mai 2022.
  - f.** Le 6 février 2023, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'assurance, a indiqué que l'orchidectomie consécutive à l'accident avait entraîné un hypogonadisme secondaire, traité par Nebido. Le cas était stabilisé depuis le 18 octobre 2022 et il n'y avait pas de traitement (y compris celui en cours) en mesure de permettre une amélioration significative de l'état de santé.
- B.**
- a.** Par décision du 1<sup>er</sup> mai 2023, l'assurance a considéré que l'état de santé de l'assuré était stabilisé et lui a alloué des indemnités pour atteinte à l'intégrité (ci-après : IPAI) de 10% en raison d'une arthrose radiocarpienne modérée du membre supérieur droit et 40% pour la perte du testicule gauche et le fait que, désormais, seule une fécondation de manière instrumentale serait possible. Il n'était en revanche pas octroyé de rente d'invalidité, la comparaison concrète des revenus avant et après invalidité ne faisant pas apparaître de perte économique du fait de l'accident. La prise en charge des frais médicaux relevait de l'assurance-maladie depuis le 19 octobre 2022 pour les plans urologique et endocrinologique.
  - b.** Le 24 mai 2023, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il indiquait accepter, « pour l'essentiel », l'indemnisation proposée, sa seule objection portant sur le refus de prise en charge des traitements urologique et endocrinologique au-delà du 19 octobre 2022.

Suite à la perte de son testicule, il devait poursuivre les consultations avec un endocrinologue et recevoir chaque mois des injections de testostérone, dont le coût était de CHF 700.- à CHF 1'000.- par mois. Il constatait que, selon une annexe à la décision (le dernier paragraphe du document intitulé « commentaire du tableau 22 dernier paragraphe » [223] émanant de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents [ci-après : SUVA]), « l'assureur-accidents doit prendre en charge les frais des médicaments également après la clôture du cas ». Il en concluait que les frais de traitement par l'endocrinologue et l'urologue et le coût des injections de testostérone devaient être pris en charge tant qu'ils dureraient.

**b.** Par décision du 26 juin 2023, l'assurance a rejeté l'opposition. Selon elle, le droit au traitement médical cessait dès qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré. Or, il n'était pas contesté que l'état de l'intéressé était stabilisé. Quant aux tables établies par la SUVA, elles ne pouvaient constituer le fondement d'une prise en charge allant à l'encontre du droit fédéral.

- C. a.** Le 22 juillet 2023, l'assuré a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce que l'intimée soit condamnée à la prise en charge du traitement endocrinologique avec injections de testostérone aussi longtemps que celui-ci lui serait prescrit.

L'assuré reprend l'argumentation développée dans son opposition.

En outre, il produit un certificat du Dr D\_\_\_\_\_ du 30 juin 2023 soulignant que le traitement par testostérone qui lui est prescrit est indispensable au maintien d'une sphère sexuelle adéquate, qu'il permet de soutenir une libido correcte et une qualité érectile adéquate, de maintenir une masse musculaire adéquate, d'éviter une augmentation trop importante du tissu adipeux, qu'il concourt à la production de globules rouges et permet au patient de conserver une masse osseuse adéquate. De manière générale, un niveau sérique adéquat de testostérone est également indispensable pour le maintien d'un caractère et d'émotions masculins. Son absence augmentait le risque d'un état dépressif. Au vu de ces éléments, le Dr D\_\_\_\_\_ souligne que le traitement est indispensable et devra être poursuivi à vie.

**b.** Dans sa réponse du 22 août 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle relève que la question est juridique plus que médicale, puisqu'il n'est pas contesté que l'état de l'assuré est stabilisé et qu'il n'a pas droit à une rente. Elle en tire la conclusion que le droit à la prise en charge du traitement médical au-delà de la date de stabilisation doit être nié.

**c.** Les autres faits seront repris - en tant que de besoin - dans la partie « en droit » du présent arrêt.

## EN DROIT

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.

2. À 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.
3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).
4. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi (art. 56 et 60 LPGA; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]), le recours est recevable.
5. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge par l'intimée de son traitement urologique et endocrinologique au-delà du 19 octobre 2022.
6. Aux termes de l'art. 6 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré 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).
7. 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).

En particulier, 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 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

8. 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).

9. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Si l'assuré est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA).

**9.1** Le traitement médical et les indemnités journalières appartiennent, selon la jurisprudence fédérale, aux prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et 133 V 57 consid. 6.6 et 6.7).

**9.2** La limite temporelle de la prise en charge, par l'assureur-accidents, des prestations temporaires précitées (traitement et indemnités journalières) ressort de l'art. 19 LAA relatif aux rentes d'invalidité, qui, pour autant que les conditions soient remplies, prennent le relais des prestations temporaires (ATF 134 V 109 consid. 4.1). À teneur de la disposition précitée, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1<sup>ère</sup> phrase LAA). L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (ATF 134 V 109 consid. 4.1; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1023/2008 du

1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 5.1; U.305/03 du 31 août 2004 consid. 4.1; U.391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a), étant précisé que le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (ATF 116 V 44 consid. 2c).

**9.3** Il en va de même des indemnités journalières conformément à l'art. 16 al. 2 LAA, lequel stipule que le droit à l'indemnité s'éteint dès qu'une rente est versée. La naissance du droit à la rente supprime ainsi le traitement médical et les indemnités journalières (ATF 134 V 109 consid. 4.1). En effet, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 16 al. 2 LAA et art. 19 al. 1, 2<sup>ème</sup> phrase LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 5.2 et les références citées).

**9.4** Savoir ce que signifie une sensible amélioration de l'état de l'assuré (« namhaften Besserung des Gesundheitszustandes des Versicherten »; « un sensibile miglioramento della salute dell'assicurato ») au sens de l'art. 19 al. 1 LAA n'est pas précisé par le texte légal. L'assurance-accidents sociale étant orientée vers les personnes actives, l'amélioration sensible de l'état de santé est liée à la mesure de l'amélioration de la capacité de travail. Ainsi, le législateur a voulu que l'amélioration de l'état de santé soit d'une certaine importance pour être « sensible ». Les améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et les références citées ; voir également les arrêts du Tribunal fédéral U.244/04 du 20 mai 2005 et U.412/00 du 5 juillet 2001).

**9.5** L'assureur-accidents ne peut clore le cas, à savoir mettre un terme à la prise en charge du traitement médical et au versement des indemnités journalières, que s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré, ce par quoi il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3; 133 V 57 consid. 6.6.2; 128 V 169 consid. 1; 116 V 41 consid. 2c; cf. également ATAS/882/2016 du 24 octobre 2016 consid. 5c).

**9.6** Par ailleurs, lorsque, d'une part, on ne peut attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de l'état de l'assuré au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et que, d'autre part, les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA (relatif au traitement médical après la fixation de la rente) ne sont pas remplies, l'assureur-accidents n'a pas à prendre en charge le traitement médical. C'est alors à l'assurance-maladie obligatoire d'intervenir (ATF 134 V 109 consid. 4.2 *in fine*).

**9.7** En résumé, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent donc selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45 consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_270/2018 du 6 juin 2019 consid. 3).

Ainsi :

- Avant stabilisation du cas, la prise en charge du traitement médical se fait aux conditions de l'art. 10 LAA. Dans cette éventualité, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (cf. ATAS/1059/2016 du 8 décembre 2016 consid. 11a ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1d).
- En revanche, après stabilisation du cas et pour autant qu'une rente ait été octroyée, la prise en charge du traitement médical se fait conformément à l'art. 21 LAA (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1d). Cette dernière disposition n'est ainsi pas applicable lorsque l'assuré ne reçoit pas de rente LAA (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_191/2011 du 16 septembre 2011 consid. 5.2 et 8C\_403/2011 du 11 octobre 2011 consid. 3.2).
- Par ailleurs, lorsque, d'une part, on ne peut attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de l'état de l'assuré au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et que, d'autre part, les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont pas remplies, l'assureur-accidents n'a pas à prendre en charge le traitement médical. C'est alors à l'assurance-maladie obligatoire d'intervenir (ATF 134 V 109 consid. 4.2 *in fine*).

**10.** La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2).

**11.** En l'espèce, le recourant a retrouvé une pleine capacité de travail sans diminution de rendement, dans toute activité n'impliquant pas le port répété de charges au-delà de 20 kg, le port de charges en supination des avant-bras, les montées et descentes répétées d'escaliers et la position accroupie prolongée. Il a ainsi pu reprendre une activité lucrative à plein temps depuis le 1<sup>er</sup> mai 2022, qui lui permet de réaliser un gain supérieur à celui qui était le sien jusqu'à l'accident du 16 juillet 2019. Faute de perte de gain, le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité, ce qu'il admet. Il est en outre à relever que les limitations

fonctionnelles résiduelles sont d'ordre orthopédique et ne sont pas en lien avec les atteintes d'ordre urologique et endocrinologique.

Il ressort par ailleurs des différents éléments médicaux que l'état de santé est stabilisé depuis octobre 2022 et que ni le traitement actuel (dont le recourant sollicite la prise en charge), ni un autre traitement ne semblent en mesure d'améliorer sensiblement les capacités fonctionnelles de l'intéressé. Le médecin-conseil de l'intimée l'indique explicitement dans son rapport du 30 janvier 2023 et ni le recourant, ni ses médecins traitants ne le contestent.

Certes, dans son certificat médical du 30 juin 2023, le Dr D\_\_\_\_\_ souligne que le traitement par testostérone est indispensable pour de multiples raisons (maintien de la libido, de la qualité érectile, maintien d'un caractère et d'émotions masculins, etc.).

Il n'est cependant pas nécessaire de se prononcer sur la valeur probante de cette appréciation médicale dans la mesure où, même s'il y avait lieu (par hypothèse), de la tenir pour fondée, elle ne rendrait pas davantage vraisemblable que la continuation du traitement améliorerait de manière notable l'état de l'assuré au sens de l'art. 19 al. 1 LAA et de la jurisprudence y relative.

En effet, le certificat du Dr D\_\_\_\_\_ semble tout au plus indiquer que le maintien du traitement est nécessaire afin d'éviter une notable détérioration de l'état de santé de son patient. Cet aspect serait cependant uniquement pertinent, sous l'angle de l'assurance-accidents obligatoire, dans l'hypothèse où une rente aurait été fixée (art. 21 al. 1 LAA). Dans la mesure où tel n'est pas le cas, l'intimée n'a de toute manière pas à prendre en charge le traitement médical qui incombe à l'assurance-maladie obligatoire (ATF 134 V 109 consid. 4.2 *in fine*).

Quant à l'argument selon lequel le commentaire de la SUVA relatif à son tableau 22 d'indemnisation des atteintes à l'intégrité constituerait une exception à l'art. 19 al. 1 LAA, il ne saurait être suivi. Comme le relève l'intimée, les tables de la SUVA ne constituant pas une source de droit (ATF 124 V 209), elles ne sauraient établir des règles contraires à l'art. 19 al. 1 LAA, dont le contenu est clair. D'autant moins que les tables de la SUVA ont pour objectif d'aider à l'interprétation de l'annexe 3 de l'OLAA, laquelle concerne la fixation de l'IPAI et non la prise en charge du traitement médical.

**12.** Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA *a contrario*).

\*\*\*

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le