



POUVOIR JUDICIAIRE

A/440/2024

ATAS/846/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 octobre 2024

Chambre 4

En la cause

A_____

recourant

représenté par Maître Stéphane GRODECKI, avocat

contre

BÂLOISE ASSURANCE SA

intimée

représentée par Maître Michel D'ALESSANDRI, avocat

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Larissa ROBINSON-MOSER et Antonio Massimo DI TULLIO, Juges assesseurs

EN FAIT

- A.** **a.** Monsieur A _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) est né le _____ 1958.
- b.** Il est employé des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après : l'employeur ou les HUG) comme commis administratif depuis le 1^{er} juillet 2001 et assuré à ce titre par la Bâloise Assurance SA (ci-après : la Bâloise ou l'intimée) pour le risque d'accident.
- B.** **a.** Le 9 janvier 2023, les HUG ont déclaré à la Bâloise un accident survenu à l'assuré le 4 décembre 2022 à Agadir au Maroc. Deux personnes l'avaient agressé en le mettant à terre et en le rouant de coups. Il avait été blessé au visage (dents cassées, plaie au front et hématomes) et présentait de multiples contusions sur tout le corps. Une plainte avait été déposée.
- b.** L'assuré a transmis à la Bâloise :
- une réservation de billet d'avion pour Agadir le 4 décembre 2022 ;
 - une facture du 5 décembre 2022 pour des actes de radiologie (TDM) à hauteur de dirhams (DH) 1'000.- à payer à la polyclinique CNSS d'Agadir ;
 - une facture établie par une pharmacie d'Agadir pour un total de DH 447.45 ;
 - un rapport établi par une radiologue de la polyclinique CNSS d'Agadir le 5 décembre 2022 suite à un TDM facial après un traumatisme facial attestant d'une absence de fracture faciale, d'une cloison nasale en place et d'une aération normale des sinus maxillaires, frontaux, sphénoïdaux et des cellules éthmoïdales ;
 - une facture établie par un médecin de l'hôpital Hassan II pour une consultation urgente par un médecin généraliste à hauteur de DH 40.-, sur laquelle il est mentionné de façon manuscrite : « âge : 64 ans, se dit victime d'agression il y a trois jours avec point d'impact facial avec PCI sans vomissement. Il vient pour faire une CML » ;
 - un certificat médico-légal établi le 6 décembre 2022 par un médecin de l'hôpital Hassan II qui attestait avoir examiné l'assuré et que celui-ci déclarait avoir été victime d'une agression le 4 décembre 2022 ;
 - des photographies de son visage (pièces 12, 13 et 14) ;
 - un formulaire LAA, rempli par un médecin-dentiste de B _____ le 6 janvier 2023, qui attestait de l'état de dents de l'assuré au moment de la première consultation. Les dents manquantes étaient biffées sous n°18, 16, 15, 25, 27, 28, 36, 37, 38, 46, 47, 48). Les dommages dus à l'accident étaient des dents luxées (déplacées), subluxées (devenues branlantes), contusionnées (heurtées) et des fractures de couronnes sans lésion de la pulpe.

c. Une estimation d'honoraires a été établie pour le traitement de l'assuré le 6 janvier 2023 par le docteur C_____, médecin-dentiste, de B_____, pour un montant de CHF 1'096.60.

d. Selon une note établie par la Bâloise le 24 janvier 2023 faisant suite à un entretien entre un inspecteur de sinistre et l'assuré, celui-ci avait notamment déclaré qu'après son agression, il s'était rendu dans un hôpital, où il avait été soigné. Pour les dents, on lui avait dit de s'en occuper en Suisse. À la police, le responsable qui prenait les plaintes n'était pas présent et sa plainte avait été enregistrée. Il devait repasser ultérieurement pour obtenir un document à ce sujet.

Au niveau des dents, une douleur était présente lors de la mastication. Il arrivait à manger à droite uniquement et tout bougeait. De nombreuses dents étaient cassées ou luxées. La douleur engendrait des réveils nocturnes. Il avait une parodontite et était suivi par le Dr C_____. Il ne suivait pas de traitement particulier, mais il avait des implants et des contrôles annuels. Il avait repris son travail à 100% le 20 janvier 2023.

e. D_____ a établi un devis le 16 février 2023 à l'attention B_____ pour un pont sur implant de quatre éléments du 12 à 22 pour un montant total de CHF 3'133.-.

f. Le 23 février 2023, le Dr C_____ a établi une estimation d'honoraires pour les soins prévus pour l'assuré à hauteur de CHF 10'522.-.

g. Le 10 mars 2023, le docteur E_____, médecin-dentiste conseil de la Bâloise, a indiqué que les dégâts dentaires observés chez l'assuré étaient intervenus dans le contexte d'une denture négligée présentant de nombreuses dents manquantes, cariées et non soignées ainsi que des atteintes parodontales.

Les RX et photographies fournis confirmaient des petites fractures du bord incisif de la dent n° 21 qui pourraient être en lien avec l'agression subie. Les photographies ne permettaient pas de visualiser avec certitude un déplacement de la dent n°31, mais celle-ci, bien que présentant une atteinte parodontale antérieure et indépendante de l'accident subi, pourrait avoir été mobilisée lors de l'agression du 4 décembre 2022. Au vu de ce qui précédait, le Dr E_____ considérait que la relation de causalité était probable concernant les dégâts décrits sur les dents n°s 21 et 31. Les soins proposés et faisant l'objet de l'estimation d'honoraire du 6 janvier 2023 pour un montant de CHF 1'096.60 répondaient aux critères de prise en charge LAA. L'estimation d'honoraires du 23 février 2023 d'un montant de CHF 10'522.- adressée à l'assuré concernait des soins nécessités par l'état de sa denture avant l'accident et ils n'étaient pas à la charge de l'assurance.

h. Le 18 avril 2023, la Bâloise a considéré que la relation de causalité était probable entre l'accident du 4 décembre 2022 et les dégâts décrits sur ses dents n°s 21 et 31. Les soins faisant l'objet de l'estimation d'honoraires du 6 janvier 2023 pour le montant de CHF 896.05 lui seraient donc remboursés.

S'agissant de l'estimation d'honoraires du 23 février 2023 d'un montant de CHF 10'522.-, elle concernait des soins nécessités par l'état de la denture de l'assuré avant l'accident et ceux-ci n'étaient pas à la charge de l'assurance-accidents.

i. L'assuré a formé opposition à la décision précitée, en produisant un rapport établi le 11 juillet 2023 par son dentiste, la docteure F_____, médecin-dentiste, chez B_____.

j. Par décision sur opposition du 8 janvier 2024, la Bâloise a informé l'assuré que malgré le fait qu'il avait été questionné à plusieurs reprises à ce sujet, il n'avait jamais fait état de traitements dentaires antérieurs à l'accident annoncé, chose qui avait été confirmée par son conseil par courriel du 2 janvier 2024. Les avis du Dr E_____, intervenus à trois reprises dans l'instruction de son dossier, étaient clairs, motivés, non contradictoires et concluants. L'assuré n'apportait aucun élément médical permettant de contredire les conclusions du médecin conseil.

Dans un avis du 10 août 2023, ce dernier avait ajouté que l'accord donné le 23 mai 2023 l'avait été sur la base du traitement définitif proposé par le Dr C_____, selon le formulaire LAA daté du 24 février 2023. Cet accord validait l'estimation d'honoraires d'un montant de CHF 1'096.10. Le fait qu'en parallèle une proposition de traitement avait été faite à l'assuré le 23 février 2023 et acceptée par celui-ci le 1^{er} mars 2023, comme en attestait sa signature sur le document, traduisait clairement que ce traitement n'était pas en lien avec l'accident et qu'il découlait de l'état de la denture de l'assuré avant et indépendamment de l'accident subi. Cela était d'autant plus le cas qu'au moment où l'établissement de cette estimation d'honoraires, le Dr C_____ était parfaitement informé de l'agression subie par l'assuré.

Le Dr C_____ en était parfaitement conscient, puisqu'il avait limité la demande à l'assurance à la pose d'une attelle de solidarisation et proposé à l'assuré et non à l'assurance la prise en charge du traitement qui était nécessité par l'état de sa denture avant et indépendamment de l'accident subi.

Lors de l'entretien du 24 janvier 2023, l'assuré avait confirmé au gestionnaire de l'assurance qu'il souffrait de problèmes parodontaux au moment de l'accident, pour lesquels il était suivi régulièrement par le Dr C_____, avec des contrôles annuels. Au vu de l'état parodontal, endodontique et carieux de la denture de l'assuré – lequel n'avait pas pu évoluer de façon si rapide en l'espace de moins de douze mois, et pour autant que le dernier contrôle ait été effectué une année auparavant – on était en droit de douter de cette affirmation.

En réponse au courrier du conseil de l'assuré, le médecin-conseil apportait les précisions suivantes :

- l'accord donné le 23 mai 2023 l'avait été sur la base du traitement définitif proposé selon formulaire LAA daté du 24 février 2023.

- il validait également l'estimation d'honoraires d'un montant de CHF 1'096.10 qui l'accompagnait, pour le traitement de l'unique dent déclarée comme fracturée (dent n° 21) et la pose d'une attelle parodontale (localisation non précisée, mais il était logique de considérer qu'il s'agissait d'une attelle au maxillaire INF, vu que la dent n° 31 était déclarée comme luxée, alors que les incisives supérieures n'étaient déclarées comme subluxées.

Le fait qu'en parallèle une proposition de traitement avait été faite et adressée à l'assuré et non à la Bâloise le 23 février 2023, soit la veille de l'établissement du formulaire LAA et acceptée par celui-ci le 1^{er} mars 2023, comme en attestait sa signature sur le document en question, traduisait pour le médecin-conseil clairement que ce traitement n'était pas en lien avec l'accident et découlait de l'état de la denture du patient avant et indépendamment. Il s'agissait donc d'un devis privé.

L'attestation de la Dre F_____ du 11 juillet 2023 était adressée à qui de droit et non à la Bâloise. Il était difficile d'en tenir compte ne sachant quand la dernière consultation avait eu lieu auprès du cabinet du Dr C_____. Celle-ci avait été vraisemblablement lointaine, au vu de l'absence des soins, lesquels auraient été justifiés par l'état alarmant de la denture de l'assuré au moment de l'accident.

Les soins acceptés et pris en charge par la Bâloise permettaient de restituer l'état antérieur de la denture de l'assuré dans l'attente des soins nécessités par la denture avant l'accident. Les soins restants à effectués restaient à la charge de l'assuré.

Selon la Bâloise, les conclusions de son médecin conseil étaient concluantes, claires et motivées. Les images de la denture de l'assuré les confirmaient.

La prise en charge du cas par la Bâloise avait permis une remise à l'état qui était celui présent avant l'évènement annoncé. Au-delà de cette prise en charge, le traitement était de la compétence de l'assuré et rentrait dans le cadre du soin et de l'entretien de soi-même.

La demande de versement de l'indemnité journalière était sans objet dans la mesure où la Bâloise avait pris en charge et versait à l'employeur de l'assuré les indemnités journalières sur la base d'un rapport médical établi au Maroc pour une incapacité de travail du 7 au 19 décembre 2022 (CHF 2'895.75).

- C.**
- a.** L'assuré a formé recours contre la décision sur opposition de la Bâloise auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) le 6 février 2024, concluant à sa réformation dans le sens qu'il devait être mis au bénéfice des prestations de l'assurance, qui devait prendre en charge les frais faisant l'objet de l'estimation d'honoraires du Dr C_____ du 1^{er} mars 2023 à hauteur de CHF 10'522.- et lui allouer une IPAI de 25%.

Subsidiairement, il concluait à une expertise médicale judiciaire ou au renvoi à l'intimée de la cause pour instruction et expertise médicale, avec suite de dépens.

Il contestait la valeur probante des rapports du Dr E_____ et se prévalait des conclusions de la Dre F_____.

b. Par réponse du 4 avril 2024, la Bâloise a conclu au rejet du recours, considérant qu'il fallait accorder une pleine valeur probante au rapport du Dr E_____ et que les rapports de la Dre F_____ apparaissaient clairement contraires aux faits de la procédure. Au vu du traitement préconisé (extraction de quatre incisives branlantes et pont sur implants) et de l'état antérieur alarmant de la denture, aucune IPAI n'était due.

c. Le 2 mai 2024, le recourant a persisté dans ses conclusions.

d. Le 14 mai 2024, l'intimée a également persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

1.

1.1 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.

1.2 Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à refuser au recourant la prise en charge des frais faisant l'objet de l'estimation d'honoraires du Dr C_____ du 1^{er} mars 2023 à hauteur de CHF 10'522.- et de lui allouer une IPAI de 25%.

3.

3.1 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; 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 230 consid. 1 et les références).

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; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

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 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, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 461 consid. 5a et les références).

Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prester de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

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 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).

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).

3.2 Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 même faibles 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 139 V 225 consid. 5.2 et les références; 135 V 465 consid. 4).

4. En l'espèce, la chambre de céans constate que les rapports du médecin-dentiste conseil de l'intimée ne peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante, dès lors qu'ils sont peu motivés et ont été rendus sans examen clinique du recourant ni anamnèse ni demande de renseignements supplémentaires après du médecin-dentiste traitant du recourant. Ils sont suffisamment remis en cause par le rapport établi par la Dre F_____ le 11 juillet 2023, qui indiquait que la mobilité des incisives supérieures du recourant avait augmenté de manière drastique et soudaine de façon imputable au traumatisme de la face lors de son agression, et que de ce fait, un plan de traitement avait été établi, qui consistait à extraire quatre incisives branlantes et très inconfortables et de faire un pont sur implant. Une

phase provisoire s'immiscerait entre les avulsions et la fixation du pont, avec une prothèse amovible provisoire. Il se justifie en conséquence de procéder à une instruction complémentaire par le biais d'une expertise indépendante, qui devra également porter sur l'IPAI.

- 5.** La décision querellée sera ainsi annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire.

Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant assisté d'un conseil, il a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'500.- et mis à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA).

La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis *a contrario* LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 8 janvier 2024.
4. Renvoie la cause pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Alloue CHF 1'500.- au recourant à titre de dépens à la charge de l'intimée.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Julia BARRY

Catherine TAPPONNIER

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