

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/784/2014

ATAS/788/2014

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 17 juin 2014**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Monsieur A\_\_\_\_\_, domicilié à ONEX, comparant avec élection  
de domicile en l'étude de Maître LOCCIOLA Maurizio

recourant

contre

BALOISE ASSURANCE SA, Sinistres Suisse, sise Aeschengraben  
21, BASEL, comparant avec élection de domicile en l'étude de  
Maître GROSJEAN Christian

intimée

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Monsieur A\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1977, travaillait en qualité d'aide-pépiniériste auprès de l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA depuis le 1<sup>er</sup> février 2000, et était à ce titre assuré pour les accidents professionnels et non professionnels par la BALOISE ASSURANCE SA (ci-après l'assureur), lorsqu'il a été victime d'un accident de la circulation le 24 septembre 2010. Il a été hospitalisé jusqu'au 2 octobre 2010. Les médecins des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) ont posé les diagnostics de fracture diaphysaire du tiers distal du tibia droit et traumatisme cranio-cérébral avec perte de connaissance.
2. L'assuré a adressé à l'assureur un devis dentaire daté du 15 décembre 2010.
3. L'assuré a été examiné par le Docteur C\_\_\_\_\_, médecin-dentiste spécialiste SSO en médecine dentaire et reconstructive, à deux reprises, à la demande de l'assureur.
4. Par décision du 14 octobre 2013, l'assureur a rejeté la demande de l'assuré visant à obtenir la prise en charge de son traitement dentaire.
5. L'assuré, représenté par Me Maurizio LOCCIOLA, a formé opposition le 14 novembre 2013. Il a maintenu son opposition le 13 janvier 2014.
6. Par décision du 18 février 2014, l'assureur a rejeté l'opposition, considérant qu'un lien de causalité entre l'accident du 24 septembre 2010 et la problématique dentaire était exclu avec une vraisemblance plus que prépondérante.
7. L'assuré, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 14 mars 2014. Il conclut à l'annulation de la décision sur opposition du 18 février 2014 et à la condamnation de l'assureur à prendre en charge le traitement dentaire, en application de l'art. 10 LAA.
8. Dans son mémoire de réponse du 11 avril 2014, l'assureur, représenté par Me Christian GROSJEAN, a conclu au rejet du recours.
9. Le 16 mai 2014, l'assuré a persisté dans ses allégués et conclusions et a, pour le surplus, sollicité une comparution personnelle des parties, ainsi que l'audition du Dr D\_\_\_\_\_, du ou des médecin(s) de la section de médecine dentaire de la faculté de médecine, du Dr E\_\_\_\_\_, et de son épouse, Madame A\_\_\_\_\_. Il produit un courrier adressé par le Dr D\_\_\_\_\_, médecin-dentiste, à son mandataire, le 28 février 2014, aux termes duquel celui-ci dit avoir été consulté par l'assuré, la première fois, le 12 avril 2012.
10. Le 5 juin 2014, l'assureur, après avoir rappelé que le Dr C\_\_\_\_\_ avait conclu à l'absence de lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 24 septembre 2010 et les troubles et traitements dentaires, sur la base du questionnaire rempli par le Dr D\_\_\_\_\_, le 11 février 2013, et mentionnant que la première consultation avait eu lieu le 24 avril 2010, a constaté qu'en réalité, selon la nouvelle pièce produite par l'assuré le 16 mai 2014, le Dr D\_\_\_\_\_ n'avait en réalité vu l'assuré pour la première fois que le 12 avril 2012.

L'assureur a dès lors proposé à la chambre de céans de lui renvoyer la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision, au vu du fait nouveau constitué par la nouvelle déclaration du Dr D\_\_\_\_\_ datée du 28 février 2014.

11. Par courrier du 12 juin 2014, l'assuré s'est opposé au renvoi de la cause à l'assureur et demande à ce que celle-ci soit instruite par la chambre de céans. Il rappelle à cet égard que le Dr C\_\_\_\_\_, se fondant sur le fait que le Dr D\_\_\_\_\_ avait déjà constaté une fracture de la couronne des dents 25 à 36 le 24 avril 2010 - soit avant l'accident -, avait conclu à l'absence de lien de causalité entre l'accident et les troubles et traitements dentaires. L'assuré ne comprend dès lors pas quel complément d'instruction l'assureur entend mener, dès lors qu'il est évident que les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_ ne peuvent plus être maintenues. Il considère que la cause devrait pouvoir être jugée après que les Drs F\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ aient été entendus. Il lui apparaît qu'une décision de renvoi de la cause à l'assureur serait contraire à la jurisprudence du Tribunal fédéral et, plus particulièrement, à l'arrêt du 28 juin 2011 publié in ATF 137 V 210.

Il reproche par ailleurs à l'assureur de n'avoir pas agi avec toute la diligence requise. Il rappelle en effet que le 13 janvier 2014, il lui avait écrit pour attirer son attention sur le fait que la date qui figurait sur le questionnaire du 11 février 2013 rempli par le Dr D\_\_\_\_\_ était erronée. Il relève également qu'il a demandé à plusieurs reprises à l'assureur de pouvoir prendre connaissance de toutes les pièces du dossier et que l'assureur n'avait pas donné suite à cette demande.

12. Ce courrier a été transmis à l'assuré et la cause gardée à juger.

### **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; RS 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.

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.
3. 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).
4. 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.

5. Le litige porte sur le refus de l'assureur de prendre en charge un traitement dentaire pour l'assuré, et plus particulièrement sur le lien de causalité entre l'accident du 24 septembre 2010 et la situation dentaire actuelle de celui-ci.
6. Les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA), étant rappelé qu'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 (art. 4 LPGGA).
7. Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA,  
« L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir:
  - a. au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien;
  - b. aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste;
  - c. au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital;
  - d. aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin;
  - e. aux moyens et appareils servant à la guérison ».

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

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).

8. En l'espèce, l'assureur a considéré qu'un lien de causalité entre l'accident du 24 septembre 2010 et la problématique dentaire dont souffre actuellement l'assuré était exclu avec une vraisemblance plus que prépondérante. Il s'est fondé sur les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_, conclusions elles-mêmes rendues sur la base des déclarations du Dr D\_\_\_\_\_ faites le 11 février 2013. Le Dr D\_\_\_\_\_ avait alors indiqué qu'il avait vu l'assuré pour la première fois le 24 avril 2010 – soit avant l'accident –, et qu'il avait constaté une fracture de la couronne des dents 25 à 36. Ce médecin s'est cependant ravisé le 28 février 2014, et a précisé qu'en réalité il n'avait été consulté que le 12 avril 2012 – soit après l'accident.
9. L'assureur a alors proposé le renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision.

L'assuré s'y oppose. Il relève que, par courrier du 13 janvier 2014 adressé à l'assureur dans le cadre de l'opposition, il avait déjà informé celui-ci que la date indiquée par le Dr D\_\_\_\_\_ le 11 février 2013 était erronée.

Il y a toutefois lieu de constater que l'assuré n'en a apporté la preuve que le 16 mai 2014, dans sa réplique. On ne saurait dès lors reprocher à l'assureur de ne pas en avoir tenu compte avant.

L'assuré conclut à ce que la cause soit instruite par la chambre de céans. Il considère que la cause sera en état d'être jugée dès que la chambre de céans aura entendu les Drs F\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ et, rappelant que les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_ ne peuvent plus être maintenues, dit ne pas comprendre pas pour quelle raison l'assureur entend procéder à un complément d'instruction.

10. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA

2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

11. Il s'agit en l'espèce de trancher une question qui n'a encore fait l'objet d'aucun éclaircissement, dans la mesure où le Dr C\_\_\_\_\_ a exclu qu'il y ait un lien de causalité entre les troubles dentaires et l'accident du 24 septembre 2010, sur la seule base d'une date qui s'est avérée erronée.

Il se justifie dès lors d'admettre partiellement le recours et de renvoyer la cause à l'assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement et renvoie la cause à l'assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision.
3. Compense les dépens.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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