

# FR\_GERICHTE 605 2019 1 vom 20. April 2020

FR Kantonsgericht, 2020-04-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2019\\_1](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2019_1)

FR: FR\_GERICHTE 605 2019 1 du 20 avril 2020

IT: FR\_GERICHTE 605 2019 1 del 20 aprile 2020

## Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile – la décision litigieuse ayant été valablement notifiée au recourant par courrier A+ expédié le 4 décembre 2018 – et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 9

### E. 2

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

#### E. 2.1

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1). En particulier, le principe « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« post hoc, ergo propter hoc ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (arrêt TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et les références).

#### E. 2.2

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. 3.2; 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références).

### **E. 3**

Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figure notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA). Conformément à l'art. 10 al. 1 et 54 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident dans les limites de ce qui est exigé par le but du traitement. Le droit au traitement médical existe aussi longtemps qu'on peut en attendre une amélioration sensible de l'état de l'assuré (arrêt TF U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a et la référence citée).

#### **E. 3.1**

Ce qu'il faut entendre par « sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré » n'est pas décrit par le texte de la disposition légale. Eu égard au fait que l'assurance-accidents sociale vise, selon sa conception même, les personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), cette notion est définie notamment par la mesure de l'amélioration attendue de la capacité de travail ou celle de sa reprise, pour autant que celle-là ait été influencée par un accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Cette disposition délimite du point de vue temporel le droit au traitement médical

Tribunal cantonal TC Page 4 de 9 et le droit à une rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé. Il ne suffit donc pas que le traitement médical laisse présager une amélioration de peu d'importance (ATF 134 V 109 consid. 4.3; RAMA 2005 p. 366), ou qu'une amélioration sensible ne puisse être envisagée dans un avenir incertain (arrêts TF U 305/03 du 31 août 2004 et U 89/95 du 21 novembre 1995; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 2e éd., p. 274).

#### **E. 3.2**

Selon le Tribunal fédéral, le droit au traitement ne comprend pas toutes les mesures médicales imaginables mais uniquement celles qui, par des moyens adéquats, sont nécessaires à la guérison de l'atteinte à la santé; il s'ensuit que lesdites mesures doivent, suivant l'art. 54 LAA, se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement (ATF 136 V 141 consid. 4.1; 109 V 43 consid. 2a). Le traitement doit non seulement être approprié, c'est-à-dire adéquat, mais également économique. L'assuré a droit à des prestations médicales tant que l'on peut attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de son état de santé (ATF 116 V 44 consid. 2c).

### **E. 4**

Une fois que le traitement médical d'un événement assuré a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement.

#### **E. 4.1**

Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA.

#### **E. 4.2**

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. Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. 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 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (arrêt TF 8C\_171/2016 du 29 avril 2016 consid. 2.2 et les références).

#### **E. 5**

De manière générale, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 et les références citées).

#### **E. 5.1**

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une  
Tribunal cantonal TC Page 5 de 9 appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351).

#### **E. 5.2**

Le simple fait que le médecin consulté soit 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 présomption à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que

les doutes au sujet de l'impartialité de son 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 en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références). S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988, p. 504 consid. 2).

## **E. 6**

Est litigieuse, en l'espèce, la prise en charge d'un traitement dentaire annoncé comme rechute d'un accident de ski survenu le 7 mars 2004. Dans ce contexte, se pose la question de savoir s'il existe une relation de causalité entre cet accident et les troubles actuels, notamment la nécessité d'une augmentation de la DVO. Qu'en est-il ?

### **E. 6.1**

Accident du 7 mars 2004 et traitement initial Le 7 mars 2004, l'assuré a été victime d'une chute à ski, lors de laquelle il s'est blessé aux dents (déclaration d'accident LAA du 10 mars 2004, dossier SUVA, pièce 19). Le 23 avril 2004, le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste, consulté le 10 mars 2004, avait adressé à la UVA un rapport déclarant les lésions suivantes en tant que « dommages dus à l'accident » du

### **E. 6.2**

Annonce de rechute du 16 mai 2018 Le 16 mai 2018, l'employeur de l'assuré a fait annoncer à la SUVA une rechute survenue le 5 février 2018 en ces termes : « problème avec une dent réparée en 2004 suite à un accident » (dossier SUVA, pièce 2). Le 22 février 2018, Dr C. \_\_\_\_\_, nouveau médecin-dentiste traitant, a établi une estimation d'honoraires pour un total de CHF 22'849.-, comprenant notamment un pont sur implant au niveau des dents 11-22 avec « augmentation du volume osseux avec implants », des couronnes céramo-métalliques (CCM) sur les dents 44-45-47-34-35-37 ainsi qu'une couronne céramo-céramique (CCC) sur la dent 36 (dossier SUVA, pièce 5). Sur demande de la SUVA, il a établi un rapport explicatif complémentaire le 18 juin 2018, indiquant que l'assuré présentait « un délabrement important de son pont 11-21-22 ainsi que de sa couronne sur la dent 12. Ce délabrement est principalement dû à une perte de DVO [dimension verticale d'occlusion] importante. Malheureusement cette usure ne me permet pas de garder les dents 11 et 22. Je dois donc les extraire et me diriger vers une restauration sur implants. Pour me permettre de poser deux implants afin de faire un pont dans de bonnes conditions et de manière à avoir un résultat fonctionnel, durable et esthétique, il est impératif de remonter la DVO du patient. C'est pour cette raison que j'ai prévu des restaurations indirectes sur les dents 37-36-34-35-44-46- 47 et des composites incisal sur les dents 33-32-31-41-42-43 ». Il a précisé que l'assuré prendrait lui-même les frais inhérents à la dent 46 ainsi que le remplacement des dents au niveau du quadrant 1 qui ont déjà été extraites (dossier SUVA, pièce 10).

### **E. 6.3**

Instruction du cas par la SUVA et refus de prise en charge Invité à se déterminer sur ce cas, le dentiste-conseil de la SUVA, le Dr D. \_\_\_\_\_, a affirmé que « l'état dentaire de l'assuré dans son ensemble est très délabré et la classe II/2 avec le deep bite n'est pas une suite de l'accident. Si la raison de la perte du pont pris en charge par la SUVA, soit le pont 11-22, est la perte de la DVO, alors ce n'est pas une rechute ». Il a estimé qu'il n'appartenait pas à la SUVA de prendre en charge le traitement sur les dents postérieures (prise de position du 29 juin 2018, dossier SUVA, pièce 11). Par décision du 16 juillet 2018, la SUVA a refusé la prise en charge du traitement litigieux au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 7 mars 2004 et les lésions dentaires annoncées (dossier SUVA, pièce 12).

#### **E. 6.4**

Complément d'instruction et décision litigieuse Contacté par la SUVA suite à son opposition, l'assuré a affirmé à l'occasion d'un entretien téléphonique du 13 août 2018 que le pont qui avait été pris en charge en 2004 commençait sérieusement à poser problème et devait être refait. Il a ainsi confirmé son opposition visant à obtenir la prise en charge du traitement litigieux. Il a ajouté que « depuis toujours il a eu des dents du haut qui recouvraient les dents du bas » (dossier SUVA, pièce 15). Le cas a été soumis à un second dentiste-conseil, le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste en parodontologie, qui, dans un rapport du 28 septembre 2018, a affirmé sur la base des radiographies du 6 février 2018 que « le patient présente une bouche non assainie : plusieurs

Tribunal cantonal TC Page 7 de 9 caries secondaires, obturations non étanches ou mal adaptées, parodontite chronique. Situation ne correspondant pas aux standards actuels SSO et ne permettant pas la pose d'un pont et/ou des implants ». Il a ajouté que « la perte de la DVO ne peut pas être mise en relation avec l'accident de 2004 ». Dans ces conditions, il a proposé, se référant aux art. 48 et 54 LAA et à l'art.

#### **E. 6.5**

Recours et éléments médicaux ultérieurs Dans son recours du 31 décembre 2018, l'assuré indique tout d'abord que le traitement proposé par son dentiste traitant est déjà en cours. S'agissant du manque de soin relevé par le dentiste-conseil, il affirme que celui-ci « n'est pas du tout volontaire » mais découle du manque de professionnalisme de son précédent dentiste traitant, le Dr B. \_\_\_\_\_. Il conteste en outre l'appréciation du dentiste conseil selon lequel la pose d'implants serait impossible, un tel traitement étant déjà en cours. Enfin, il remet en question le fait qu'un bridge, posé suite à un accident assuré, montrant désormais des « signes de faiblesses », doive être remplacé par une prothèse amovible. A l'appui de sa position, il produit une attestation du 19 décembre 2018 de son dentiste traitant, le Dr C. \_\_\_\_\_, confirmant que le traitement litigieux (une restauration fixe) a déjà commencé, aux frais de l'assuré. Il explique que « ce traitement permet une augmentation de la DVO du patient et donc nous permettra sans problème de faire une restauration implanto-portée dans le segment antérieur afin de remplacer le pont actuel. En vue des frais que Monsieur consent à investir dans sa bouche, il est normal qu'il souhaite remplacer son pont par une restauration fixe et non par une prothèse amovible à châssis coulé » (dossier SUVA, pièce 29). 7.

#### **E. 7**

mars 2004 : dents 11 et 22 « subluxées (devenues branlantes) », dents 11, 22 et 31 « contusionnées (heurtées) » et « fracture de racine » en dent 21. Il avait en outre mentionné

la préexistence de « dents réparées » (11, 21, 22, 24, 25, 27, 35, 36, 37, 45, 46, 47), de couronnes en dents 12 et 46 et d'un « bridge 25-27 ». Il avait proposé l'extraction de la dent 21 et la pose d'un bridge 11-22, en précisant que « le patient ne souhaitait pas d'implant » (dossier SUVA, pièce

Tribunal cantonal TC Page 6 de 9 20). Il avait établi un devis d'un montant total de CHF 3'795.55 pour l'ensemble de ce traitement (dossier SUVA, pièce 18). Ce traitement avait été pris en charge par la SUVA (dossier SUVA, pièce 17).

### **E. 7.1**

Il ressort de ces éléments que l'avis des dentistes conseil de la SUVA n'est pas réellement contesté sur le plan médical. Le premier dentiste conseil avait estimé que l'état dentaire de l'assuré, dans sa globalité, n'était pas en lien avec l'accident assuré, en constatant la présence d'une « classe II division 2 avec le deep bite ». Ce diagnostic, sur le plan médical, est défini comme une « anomalie dento- squelettique caractérisée par une occlusion distale des deux secteurs latéraux de l'arcade inférieure » lors de laquelle « les dents antérieures sont avancées (protrusives) à différents degrés et peuvent recouvrir excessivement celles du bas, parfois complètement (overbite) », dont l'origine, « comme pour la plupart des malocclusions, (...) est surtout génétique ou héréditaire » (sources :

Tribunal cantonal TC Page 8 de 9 <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01155516/document>; <https://www.orthodontisteenligne.com/mal-occlusion-classe-2/>). La préexistence de cette malocclusion dentaire et, partant, son absence de lien de causalité avec l'accident assuré, sont d'ailleurs confirmées par les déclarations de l'assuré lui-même, qui a indiqué le 13 août 2018 avoir « toujours (...) eu des dents du haut qui recouvraient les dents du bas » (dossier SUVA, pièce 15). L'absence de lien de causalité a ensuite été confirmée par le second dentiste conseil, qui a affirmé que la perte de la DVO n'était pas une conséquence de l'accident (dossier SUVA, pièce 22). Quant au dentiste traitant de l'assuré, pour sa part, il se limite à confirmer le caractère réalisable du traitement litigieux ainsi que son bien-fondé afin de permettre une augmentation de la DVO et, partant, une restauration par implants. Ce faisant, il ne remet absolument pas en cause l'appréciation des dentistes conseil et n'apporte aucun élément médical en faveur d'une origine accidentelle de cette perte de DVO. Dans ces conditions, force est d'admettre que rien, sur le plan médical, ne justifie de remettre en question l'avis unanime des médecins conseil de la SUVA. Cette position emporte ainsi la conviction de la Cour, dans le sens que la « perte de DVO » n'est pas une conséquence de l'accident assuré. Or, c'est précisément cette anomalie que vise à réparer, du moins en partie, le traitement litigieux, qui prévoit une correction de la perte de DVO au moyen d'une « augmentation du volume osseux » afin de permettre une réparation par implants (estimation d'honoraires du 22 février 2018, dossier SUVA, pièce 5). Dans la mesure où cette situation initiale ne découle manifestement pas de l'accident assuré, le traitement correctif ne saurait être mis à la charge de l'autorité intimée. Seul le traitement strictement en lien avec les atteintes découlant de l'accident assuré (pour mémoire : une fracture de racine de la dent 21 et des dents 11 et 22 « subluxées » et « contusionnées »), mais non la correction de la malocclusion dentaire préexistante, peut être mis à la charge de l'assurance-accidents.

### **E. 7.2**

Un tel traitement doit en outre être approprié et économique (cf. supra consid. 3.2). Si l'on peut comprendre que l'assuré préfère désormais un traitement fixe par implants – auquel il

avait pourtant renoncé en 2004 (cf. dossier SUVA, pièce 18) – à un traitement amovible, cela ne saurait pour autant signifier que l'ensemble des mesures visant à permettre la pose de tels implants, soit en particulier l'augmentation de la DVO, puisse être mis à la charge de l'assurance- accidents. Le dentiste traitant, là encore, n'apporte aucun élément médical pertinent, se limitant à trouver « normal » que son patient préfère une restauration fixe à une prothèse amovible. Une telle affirmation ne saurait à l'évidence suffire pour admettre le caractère économique et adéquat du traitement litigieux, au sens de l'art. 54 LAA.

### **E. 7.3**

Au vu de tout ce qui précède, la Cour considère que l'autorité intimée a établi, de manière suffisamment probante, que le traitement litigieux n'était pas en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 9 Dans ces conditions, il convient de confirmer la décision de la SUVA de refuser la prise en charge du traitement litigieux en tant que rechute de l'accident du 7 mars 2004 et de limiter sa prise en charge à une participation pro forma à hauteur de CHF 3'600.-. Mal fondé, le recours doit dès lors être rejeté. 8. 8.1. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. 8.2. Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Il n'est pas non plus alloué de dépens à l'autorité intimée, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C\_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6, 9C\_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée). la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. Partant, la décision sur opposition du 11 octobre 2018 est confirmée. II. Il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué d'indemnité de partie. III. Notification. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 20 avril 2020/isc Le Président : La Greffière :

### **E. 11**

octobre 2018. Par courrier du 19 octobre 2018, la SUVA a encore informé l'assuré qu'elle considérait le traitement proposé par le dentiste traitant comme « ni économique ni adéquat » et lui a proposé le traitement recommandé par son dentiste-conseil, à savoir une « prothèse à châssis coulé pour le remplacement des dents accidentées suite à l'évènement du 7 mars 2004 (dents 11 à 22 [incisives supérieures]) », en précisait que s'il décidait malgré tout de réaliser le traitement recommandé par son dentiste traitant, il en supporterait les frais ainsi que les risques futurs, et que la participation de la SUVA serait alors limitée à CHF 3'600.- (dossier SUVA, pièce 24).

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.