

## **GE\_GERICHTE ATAS/230/2020 vom 16. März 2020**

GE Cour de justice, 2020-03-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_230\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_230_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/230/2020 du 16 mars 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/230/2020 del 16 marzo 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 6**

a. À teneur de l'art. 1a LAMal, l'assurance-maladie sociale comprend notamment l'assurance obligatoire des soins (al. 1) et alloue des prestations en cas d'accident au sens de l'art. 4 LPGa, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (al. 2 let. b). Dans un tel cas, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie (art. 28 LAMal). Selon l'art. 31 al. 2 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend notamment en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication, causées par un accident selon l'art. 1, al. 2, let. b (al. 2). b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, comme dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé (état dentaire traité) un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (voir en matière de LAA : ATF 142 V 435 consid. 1 ; en matière de lésions dentaires au sens de l'art. 31 LAMal : arrêt du Tribunal fédéral 9C\_242/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.2 et les références). En matière d'atteinte dentaire, le Tribunal fédéral a précisé à plusieurs reprises que la responsabilité de l'assurance ne pouvait être exclue, au motif qu'une atteinte (physique) à la santé était en grande partie imputable à un état antérieur massif et que l'événement accidentel n'avait qu'une importance secondaire en comparaison (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_242/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.2 et 8C\_399/2008 du 19 novembre 2008 consid. 1.2 avec références). Ce n'était que si, alternativement, une sollicitation quotidienne aurait pu causer les mêmes dommages à la santé à peu près au même moment en raison de l'état antérieur, c'est-à-dire si l'accident représentait une cause arbitraire et interchangeable - et donc non

A/1787/2018 - 13/19 - pertinente dans le contexte de la relation de cause à effet -, que la causalité naturelle de l'accident devait être niée (cause occasionnelle ou fortuite ; voir sur l'ensemble de la problématique l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 413/05 consid. 4.2 publié in SVR 2007 UV n° 28 p. 94). 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). c. 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 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, y compris dentaire, 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 et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). Dans le cas d'une lésion dentaire présentant un état pathologique antérieur au moment de l'accident, la causalité adéquate - tout comme la causalité naturelle - ne peut être niée que si l'on peut supposer que la dent affaiblie par ledit état pathologique antérieur n'aurait pas supporté même une sollicitation normale à peu près au même moment (ATF 114 V 169 consid. 3b). d. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le bris d'une dent lors d'une mastication normale est réputé accidentel lorsqu'il s'est produit au contact d'un élément dur extérieur à l'aliment consommé, de nature à causer la lésion incriminée. La dent ne doit pas nécessairement être parfaitement saine ; il suffit qu'elle remplisse normalement sa fonction de mastication (ATF 114 V 170 consid. 3b ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 367/04 publié une RAMA 2006 n° U 572 p. 84).

## **E. 7**

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

A/1787/2018 - 14/19 - 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). b. 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. À 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le

Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). b/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est 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 prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une 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 quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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 suffisants 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

A/1787/2018 - 15/19 - 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 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). b/bb. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). b/cc. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

## **E. 8**

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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de

A/1787/2018 - 16/19 - procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

## **E. 9**

En l'espèce, suite à l'accident du 12 juin 2017, les dents 11, 12 et 21 de la recourante étaient luxées (soit déplacées), la dent 22 était subluxée (soit branlante) et la dent 12 (et potentiellement la dent 21) comportait une fracture de la racine. À titre de traitement, le Dr E\_\_\_\_\_ a extrait les dents 11, 12, 21 et 22. Il a ensuite introduit un implant à la place des dents 12 et 22, lesquelles supportaient un pont – couronne céramo-métallique comportant quatre éléments. Le prix de cette intervention, matériel et laboratoire compris, était de CHF 10'373.40. L'intimée a invoqué plusieurs motifs à l'appui de son refus de prendre en charge les frais de ce traitement. En premier lieu, elle a considéré que le lien de causalité naturelle entre la chute et les incisives luxées était uniquement possible et non pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante vu l'importante perte osseuse autour des dents 11, 12, 21 et 22 et que la causalité adéquate devait également être niée, les dents de la recourante ne pouvant supporter le moindre choc vu le manque de support parodontal (réponse du 25 juillet 2018 p. 7). L'intimée a ensuite invoqué le fait que les dents de la recourante étaient déjà perdues avant l'accident (détermination du 8 avril 2019 p. 2). Enfin, elle a considéré

que vu la perte d'attache osseuse (alvéolyse), les incisives de la recourante ne remplissaient plus normalement – mais de manière diminuée – leur fonction de mastication (« normaler Kauakt ») avant l'accident.

A/1787/2018 - 17/19 - Selon le dossier, la recourante a chuté sur des dents qui ne pouvaient pas supporter le moindre choc vu le manque de support parodontal (cf. avis du 2 octobre 2017 du Dr F\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimée). Cela étant, les médecins-conseil de l'intimée admettent que l'accident a été le facteur déclenchant dans la perte des dents même s'ils considèrent que l'affection parodontale, touchant l'ensemble de la dentition de l'assurée et en particulier le secteur maxillaire antérieur, a contribué dans une large mesure à cet état (cf. avis du Dr H\_\_\_\_\_ du 19 avril 2018 ; déclarations du Dr I\_\_\_\_\_ lors de son audition le 14 octobre 2019). Toutefois, le Dr I\_\_\_\_\_ a admis que même en présence d'une parodontite de stade 1 ou 2, avec la violence du choc, les dents auraient probablement également été perdues, à la seule différence que dans un tel cas, l'accident aurait expliqué, à lui seul, la perte des dents (déclarations du Dr I\_\_\_\_\_ lors de son audition le 14 octobre 2019). Il ressort ainsi des déclarations des médecins-conseil de l'intimée que ces derniers nient le lien de causalité, dans la mesure où la recourante présentait un état antérieur sous la forme d'une parodontie, la chute n'expliquait pas à elle seule la perte des dents. C'est le lieu de rappeler, dans ce contexte, que la notion de causalité en matière médicale ne se recoupe pas avec celle du domaine juridique, où une causalité partielle suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents, celui-ci étant en outre obligé de couvrir également les risques présentés par les personnes qui, en raison de certaines prédispositions morbides, assument moins bien l'accident que des assurés jouissant d'une constitution normale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 177/02 du 15 juin 2004, consid. 5.2.1). En matière dentaire, le Tribunal fédéral a justement précisé que la responsabilité de l'assurance ne pouvait être exclue au motif qu'une atteinte (physique) à la santé était en grande partie imputable à un état antérieur massif et que l'événement accidentel n'avait qu'une importance secondaire en comparaison (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_242/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.2 et 8C\_399/2008 du 19 novembre 2008 consid. 1.2 avec références). Ainsi, en présence d'un état antérieur, ce n'est que si, alternativement, une sollicitation quotidienne aurait pu causer les mêmes dommages à peu près au même moment en raison de l'état antérieur que la causalité naturelle peut être niée (voir arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 413/05 consid. 4.2 publié in SVR 2007 UV n° 28 p. 94). Dans le cas d'espèce, pour pouvoir admettre une rupture du lien de causalité, il faut donc qu'une sollicitation quotidienne ait pu causer une luxation des dents 11, 12 et 21, une subluxation de la dent 22, ainsi qu'une fracture de la racine des dents 12 et potentiellement 21, à peu près au moment que l'accident. En d'autres termes, il faut que la chute du 12 juin 2017 ait constitué une cause interchangeable et arbitraire de cette atteinte dentaire. Or, force est d'admettre, dans le cas présent, que le dossier ne permet pas de considérer qu'une sollicitation quotidienne normale, soit l'acte de mastiquer, aurait entraîné une luxation, subluxation ou encore une fracture des dents en question, à

A/1787/2018 - 18/19 - peu près au même moment que l'accident. Même si les dents de la recourante étaient déjà branlantes avant l'accident, rien au dossier ne permet de considérer que le fait de mastiquer les aurait déplacées ou entraîné une fracture de la racine en juin 2017. Certes, cette situation aurait pu se produire par la suite. Toutefois, selon la jurisprudence, il faut que la sollicitation quotidienne puisse produire les mêmes dommages à peu près au même moment, ce qui n'a justement pas été établi. L'accident ne constitue

ainsi pas une cause fortuite, de sorte que le lien de causalité naturelle doit être admis. Il en va de même du lien de causalité adéquate dès lors que les conditions pour admettre son interruption sont identiques à celles prévalant en matière de causalité naturelle.

#### **E. 10**

Le recours sera partiellement admis au sens des considérants et la décision sur opposition du 23 avril 2018 sera annulée. En revanche, la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur la question du montant de la prise en charge, afin de ne pas priver les parties de la garantie d'une double instance avec plein pouvoir d'examen en fait et en droit (décision administrative sujette à opposition, puis recours). La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPG).

A/1787/2018 - 19/19 - 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.