

# **GE\_GERICHTE ATAS/988/2015 vom 21. Dezember 2015**

GE Cour de justice, 2015-12-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_988\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_988_2015)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/988/2015 du 21 décembre 2015

IT: GE\_GERICHTE ATAS/988/2015 del 21 dicembre 2015

## **Erwägungen**

### **E. 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) 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.

### **E. 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.

### **E. 3**

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.

### **E. 4**

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à refuser la prise en charge de l'extraction de la dent 11 de l'assurée et son remplacement par un implant, en niant le rapport de causalité naturelle entre la nécessité de ce traitement et l'accident subi par l'assurée le 25 novembre 2011.

### **E. 5**

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

A/4012/2014 - 9/15 - corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 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; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

### **E. 6**

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 et ATF 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.

#### **E. 7**

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).

#### **E. 8**

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

A/4012/2014 - 10/15 - 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).

#### **E. 9**

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).

#### **E. 10**

L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet *ex nunc et pro futuro* à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Il peut ainsi liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu (ATF 130 V 380).

#### **E. 11**

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 l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin

A/4012/2014 - 11/15 - doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, 2000, p. 268).

#### **E. 12**

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 LPG), 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. A 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 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. 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. cc).

### **E. 13**

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).

### **E. 14**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a

A/4012/2014 - 12/15 - suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).

### **E. 15**

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 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).

### **E. 16**

a. En l'espèce, il n'est pas contestable que le nerf de la dent 11 de l'assurée est atteint, ce qui a été mis en évidence par les tests mécaniques effectués par le Dr B\_\_\_\_\_, les douleurs

ressenties par l'assurée depuis son accident et le changement de couleur de la dent. Selon le Dr B \_\_\_\_\_, cette lésion est exclusivement due à l'accident subi par l'assurée le 25 novembre 2011. Si les radiographies ne permettent pas d'établir que la dent a subi une fracture lors de l'accident, le Dr B \_\_\_\_\_ a indiqué que le nerf de la dent a pu se nécroser à la suite d'une contusion, d'une micro-fracture ou d'une fissure de la dent, invisibles sur les radiographies. Ce médecin a une bonne connaissance du cas de l'assurée, puisqu'il a commencé à la suivre juste après son accident et il a donné des explications constantes et cohérentes au sujet la dent en question. Il a démontré de l'objectivité dans l'appréciation du cas, dans la mesure où il a admis que l'assurée souffrait d'une parodontose moyenne, précisant que cette dernière avait très probablement causé son édentation (ce qui s'est avéré inexact comme cela sera expliqué ci-après). Il n'a pas caché non plus que sa patiente était gênée par le fait que sa dent 11 était devenue grise et que ses dents étaient déjà un peu déchaussées avant l'accident. Il y a ainsi lieu d'accorder une sérieuse force probante à son avis médical, quand bien même il s'agit du médecin-traitant de l'assurée. Sur la base de cette appréciation médicale, la chambre de céans estime qu'il est suffisamment établi, avec le degré de vraisemblance prépondérante requis, que le traitement, devisé le 11 septembre 2013 par le Dr B \_\_\_\_\_, est en lien de causalité naturelle avec la chute subie par l'assurée le 25 novembre 2011. b. L'intimée n'a pas contesté que cette chute était un accident au sens de l'art. 4 LPGA et a reconnu, à tout le moins dans un premier temps, un lien causal entre cet A/4012/2014 - 13/15 - accident et l'atteinte à la dent 11 de l'assurée, puisqu'elle a accepté de prendre en charge le premier traitement de racine effectué par le Dr B \_\_\_\_\_. L'intimée a, en revanche, refusé de prendre en charge le second traitement de cette dent, après l'échec du traitement de racine, considérant qu'il n'était pas lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident, en se fondant sur l'avis de son médecin-dentiste conseil du 4 février 2014. Ce dernier a reçu l'assurée en consultation le 30 janvier 2014 et a constaté que ses dents restantes de l'arcade supérieure présentaient une parodontite généralisée, qui devait être qualifiée de moyenne à sévère, puisqu'une attelle parodontale avait été confectionnée avant l'accident et que les poches parodontales mesurées étaient souvent supérieures à 5 mm. Il estimait en conséquence que le traitement envisagé par le Dr B \_\_\_\_\_ était la conséquence d'une situation parodontale défectueuse sans lien avec l'accident. Les conclusions du médecin-dentiste conseil de l'intimé se fondent sur une prémisse erronée, à savoir que l'assurée était porteuse d'une attelle parodontale, ce qui n'était pas le cas, selon la Dresse D \_\_\_\_\_, qui a indiqué que l'attelle qui se trouvait dans la bouche de l'assurée avait pour but de maintenir les dents en place, après le traitement orthodontique qu'elle lui avait prodigué entre 2001 et 2007. Le médecin-dentiste conseil de l'intimée a encore relevé que la première plainte de l'assurée était le changement de teinte de sa dent 11, qui avait été dévitalisée, et qu'elle n'avait indiqué souffrir de cette dent que sur demande de sa part. S'il n'est pas contestable que l'assurée souffre probablement de l'aspect de sa dent 11, il est néanmoins établi que cette dent est douloureuse tant par les déclarations de l'assurée que par les rapports médicaux de son médecin-dentiste traitant. Le médecin-dentiste conseil de l'intimée a lui-même constaté que l'assurée avait des douleurs à cette dent. Le fait qu'elles lui sont apparues moins importantes que celles ressenties à la dent 12 est irrelevant. Ainsi, le traitement de la dent 11 n'est pas justifié uniquement pour des raisons esthétiques, comme l'a soutenu l'intimée, mais en raison des douleurs ressenties à cette dent par l'assurée à la mastication. Il résulte des considérations qui précèdent que les conclusions du médecin-dentiste conseil de l'intimée ne remettent pas sérieusement en cause celles de son médecin-traitant. c. On ne saurait retenir que l'état maladif antérieur est revenu au stade où

il se trouvait avant l'accident (statu quo ante), dès lors que l'assurée a précisé, qu'avant celui-ci, elle ne souffrait pas des dents en général, et de la dent 11 en particulier, ce qui est corroboré par le fait qu'elle n'éprouvait pas la nécessité d'être suivie par un dentiste, alors que depuis l'accident, elle est suivie par le Dr B \_\_\_\_\_. Le médecin- dentiste conseil n'a pas rendu vraisemblable qu'avant l'accident déjà la dent 11 ne remplissait plus sa fonction masticatoire. d. Il n'apparaît pas non plus que la dent aurait été atteinte, tôt au tard, même sans l'accident, par suite d'un développement ordinaire de la parodontose (statu quo A/4012/2014 - 14/15 - sine). En effet, selon le médecin-dentiste traitant de l'assurée, la parodontose dont elle souffre est soignée et, dans ce cas, la maladie ne provoque pas la perte des dents. Il est, en outre, établi, que la parodontose n'est pas responsable des dents déjà manquantes dans la bouche de l'assurée. En effet, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué, de façon convaincante, que l'édentation était déjà présente dans la bouche de l'assurée avant son traitement orthodontique, qui n'aurait pu être effectué en présence de parodontose. e. Même si, par hypothèse, on retenait que la parodontose a également eu un rôle causal dans l'atteinte de la dent, l'intimée devrait prendre le traitement en cause en charge, car il suffit que l'accident soit une des causes ou une cause partielle de la lésion pour que l'assurance-accidents doive intervenir. f. Un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et le traitement doit ainsi être admis.

#### **E. 17**

novembre 2014 doit par conséquent être annulée.

#### **E. 18**

La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Représentée par un mandataire et obtenant gain de cause, la recourante a droit à une indemnité, à titre de participation à ses frais et dépens, qui sera fixée à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]).

A/4012/2014 - 15/15 -

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :**

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