

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/249/2010

ATAS/438/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 28 avril 2010

En la cause

Monsieur B _____, domicilié à THÔNEX

recourant

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Monsieur B_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1945, travaillait au service de la Confédération et était assuré auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 27 juin 2006, alors qu'il déplaçait une table de ping-pong pliable, une partie de cette dernière s'est rabattue et est tombée sur sa tête, ce qui a occasionné une coupure et un traumatisme crânien. La SUVA a pris en charge les frais de traitement.
3. Par courrier du 18 juin 2009, le Dr L_____, chirurgien dentiste, a certifié avoir vu l'assuré en consultation le 17 mars 2009 pour une douleur chronique et suppuration au niveau de la dent 21. A cette occasion, il a constaté une fracture longitudinale de la racine relativement ancienne, car entièrement noircie. Il a émis l'hypothèse que cette fracture soit la conséquence d'un choc ancien.
4. Le 29 juillet 2009, l'assuré a fait parvenir à la SUVA le courrier susmentionné du Dr L_____ ainsi que les factures y relatives. Par ailleurs, il a précisé avoir pris sa retraite anticipée au 1^{er} février 2007 et ne plus avoir d'employeur.
5. Par courrier du 4 août 2009, la SUVA a envoyé au Dr L_____ un formulaire à remplir concernant les lésions dentaires ainsi qu'une liste de questions auxquelles il était prié de répondre.
6. Le 2 septembre 2009, le Dr L_____ a rempli le formulaire concernant les lésions dentaires et a répondu aux questions de la SUVA. Il a notamment indiqué:
 - ne pas avoir de diagnostic initial puisqu'il n'avait pas vu l'assuré en consultation suite à son accident du 27 juin 2006;
 - avoir vu l'assuré en mars 2007 pour un traitement parodontal;
 - avoir vu l'assuré en mai 2009 pour un problème au niveau de la dent 21 qui était fracturée dans le sens longitudinal; cette dent était sous surveillance depuis 1999; il a diagnostiqué une lésion péri apicale sur la radio de cette dent qui pouvait être due à un choc ancien;
 - avoir démonté le bridge existant et refait un bridge 13 à 23 avec 13/22 et 23 piliers; et
 - que l'accident du 27 juin 2006 pouvait éventuellement être l'origine de la fracture vu la grosseur du tenon radiculaire de cette dent.

7. Interpelé par la SUVA, le Dr L_____ a répondu par courrier du 5 octobre 2009 que la surveillance de la dent 21 depuis 1999 avait pour but le suivi de l'évolution d'une parodontite chronique de l'adulte.
8. Par avis du 31 octobre 2009, le Dr M_____, dentiste-conseil de la SUVA, n'a préconisé aucune prise en charge du traitement concernant la dent 21. En effet, il a indiqué que, sur les radios de 1999 et 2002, le pivot visible était plus susceptible de fracturer une racine que l'accident. Il a ajouté que l'état parodontal était également susceptible de provoquer des fractures radiculaires par pertes osseuses et que des fractures de fatigue pouvaient aussi être une suite de lésions parodontales.
9. Par décision du 16 novembre 2009, la SUVA a informé l'assuré qu'elle ne prenait pas en charge le cas annoncé. En effet, elle a estimé ne pas être en présence de lésions causées par l'événement accidentel du 27 juin 2006, car l'état du pivot était susceptible de fracturer la racine selon les radiographies en sa possession. En effet, la SUVA a mentionné que l'état parodontal actuel pouvait provoquer des fractures radiculaires par perte osseuse, et qu'ainsi des fractures de fatigue pouvaient survenir suite à de telles lésions.
10. Suite à cette décision, l'assuré a apporté un complément d'information lors d'un entretien avec la SUVA. Il a expliqué ne pas avoir consulté son médecin-dentiste plus tôt grâce à sa résistance à la douleur. Lorsqu'il a consulté son médecin-dentiste en mars 2009, ce dernier a constaté que la dent 21 était fracturée et, lors du démontage du pont, le Dr L_____ n'a pas gardé la dent. L'assuré a indiqué que de 2003 à 2006, au vu des problèmes qu'il rencontrait (douleurs, mauvais goût en bouche), son médecin-dentiste lui prescrivait régulièrement des antibiotiques afin d'améliorer la situation mais à aucun moment il n'était question de suspicion de fracture de la 21. Son interlocutrice lui a fait part de son étonnement par cette information "contradictoire et antérieure à l'accident". L'assuré a tenu à lui montrer sa cicatrice sur le crâne pour lui prouver que l'accident avait bien eu lieu. En conclusion, l'assuré a informé son interlocutrice qu'il ferait opposition et qu'il ferait parvenir un rapport du Dr L_____ justifiant la causalité.
11. Par courrier recommandé du 3 décembre 2009, l'assuré a formé opposition contre la décision de la SUVA du 16 novembre 2009. Il a invoqué le fait que le diagnostic de la SUVA ne tenait pas compte de "la preuve tangible que représente la cicatrice particulièrement importante au sommet du crâne, témoin du violent choc subi lors de l'accident de juin 2006". De plus, il a soulevé qu'aucune des hypothèses décrites dans la décision ne s'était réalisée. En définitive, il a contesté le fait que la preuve de la cause de la fracture n'était pas établie. Il a demandé à ce que la décision soit reconsidérée.
12. Par décision sur opposition du 23 décembre 2009, la SUVA a confirmé la décision querellée et rejeté l'opposition de l'assuré. A titre liminaire, la SUVA a relevé ne

pas contester le fait que l'assuré ait été victime d'un fort coup sur la tête le 27 juin 2006. Cependant, la SUVA n'a pas considéré que cet état de fait prouvait, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ledit choc a été à l'origine de la lésion dentaire annoncée. Elle a expliqué qu'une causalité fondée sur la maxime "*post hoc, ergo propter hoc*" (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne constituait pas un moyen de preuve permettant d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents. De surcroît, elle a rappelé que le Dr M_____ estimait que le pivot et l'état parodontal étaient susceptibles d'expliquer l'origine de la lésion dentaire de la dent 21, contrairement à l'accident assuré. Elle a encore souligné que le Dr L_____ n'a retenu qu'un lien de causalité possible entre la fracture radiculaire et l'accident du 27 juin 2006. En définitive, la SUVA a conclu que sa responsabilité ne saurait être engagée en l'absence d'un lien de causalité pour le moins probable entre la lésion dentaire à la dent 21 et l'accident de juin 2006.

13. Par courrier recommandé du 22 janvier 2010, l'assuré interjette recours contre la décision sur opposition de la SUVA du 23 décembre 2009. Il conteste les arguments de la SUVA qu'il considère être basés et exprimés sur le "mode conditionnel" et sur des hypothèses, alors que les traces visibles de l'accident et les conclusions de son chirurgien-dentiste constituent des preuves tangibles.
14. Dans sa réponse du 2 février 2010, l'intimée souligne que le recourant n'apporte aucun élément nouveau dans son recours et conclut au rejet du recours.
15. Par courrier adressé aux parties le 5 février 2010, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Interjeté dans les délais et la forme prescrite, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10)).

4. Il ressort du dossier que le recourant n'a annoncé des lésions dentaires à l'intimée que le 18 juin 2009, alors que l'accident qui est invoqué comme étant à l'origine des lésions dentaires date du 27 juin 2006, soit près de trois ans auparavant. Le recourant réclame la prise en charge par l'intimée des soins dentaires de juin 2009. Le litige porte sur le point de savoir si les frais du traitement dentaire en cause sont à la charge de l'intimée au titre d'une séquelle tardive de l'accident survenu en 2006.
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 corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGa).
6. 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 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Les prestations de l'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents, du 20 décembre 1982 (OLAA ; RS 832.202)).

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 maladie 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 (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c).

Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. 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 118 V 239 consid. 2c; RAMA 2006 n° U 570 p. 74 consid. 1.5.2, U 357/04; 2005 n° U 557 p. 388 consid. 3.2, U 244/04). En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'obligation de l'assureur-accidents de répondre de la nouvelle atteinte à la santé n'est pas donnée du seul fait que l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte initiale et un accident a été reconnue. Les conséquences de l'absence de preuve d'un tel lien entre la nouvelle atteinte et l'accident doivent être supportées par l'assuré qui

requiert des prestations de l'assurance-accidents pour ladite atteinte (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; ATF non publiée U 192/06 du 10 avril 2007, consid. 3.2.2).

7. 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 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 en question 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, 402 consid. 4.3.1; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C_628/2007).

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. Le lien de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 la référence; ATF non publié du 22 octobre 2008, 8C_628/2007), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (cf. ATF 123 V 98 consid. 3 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb et les références).

8. 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 doit lui fournir (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2).

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 appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 qu'enfin, les conclusions de l'expert 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 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

9. En l'espèce, le traitement dont le recourant demande la prise en charge par l'intimée consiste dans un pont entre les dents 13 à 23 dont la pose est rendue nécessaire par une fracture au niveau de 21 dans le sens longitudinal.

Il convient de rappeler que le recourant portait un pont de 13 à 22 que son chirurgien-dentiste a démonté en 2009 afin d'extraire la dent 21 atteinte d'une lésion péri apicale.

Le recourant allègue que l'événement de 2009 constitue une séquelle de l'événement de 2006. En effet, il soutient que la fracture de la dent 21, découverte et réparée en 2009, est due à l'événement de 2006. A l'époque, la SUVA a pris en charge les frais de traitement relatifs à cet événement, c'est-à-dire pour la coupure et le traumatisme crâniens. Ainsi, il n'est pas contesté que le recourant a subi des lésions physiques causées par un accident en 2006.

Le point ici litigieux est de savoir s'il existe un lien de causalité entre la fracture de la dent 21 et l'accident de 2006.

Selon le Dr L_____, dentiste-chirurgien de l'assuré, l'accident de 2006 "pourrait éventuellement être à l'origine de la fracture vu la grosseur du tenon radiculaire de cette dent". Quant au Dr M_____, dentiste-conseil de la SUVA, il a estimé que d'autres éléments, notamment le pivot et l'état parodontal,

étaient plus à mêmes de causer la fracture de la dent 21 que l'accident survenu près de trois ans auparavant.

En bref, les deux avis médicaux se rejoignent sur le fait que considérer les lésions dentaires comme une séquelle de l'accident de 2006 n'est qu'une hypothèse parmi d'autres. D'une part, le Dr M_____ propose d'autres scénarios possibles et, d'autre part, le Dr L_____ a vu le recourant en 2007 pour un traitement parodontal sans toutefois remarquer cette fracture. Le Tribunal ne peut que constater que la cause de la fracture de 2009 n'a pas pu être déterminée au degré de vraisemblance suffisant afin de rattacher la lésion dentaire découverte en 2009 avec l'événement de 2006.

Le Tribunal de céans ne saurait par conséquent admettre un lien de causalité naturelle entre l'accident de 2006 et les traitements dentaires de 2009, de sorte que les traitements nécessaires ne sont pas à la charge de l'intimée.

10. Au vu de ce qui précède, la décision attaquée ne peut qu'être confirmée. Aussi, le recours sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H LPA).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Rejette le recours.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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