RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3511/2020 **ATAS/308/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 avril 2022

15ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHAMBÉSY	recourante

contre

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

Siégeant : Marine WYSSENBACH, Présidente; Andres PEREZ et Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée) a été victime, en 1984, d'un accident de cheval lui ayant causé une fracture du maxillaire et lui ayant arraché six dents. À la suite de cet accident, un pont avait été posé pour combler les six dents manquantes.

b. À la mi-janvier 2007, l'assurée a annoncé à la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA ou l'assureur-accidents) un accident survenu le 30 novembre 2006. L'une des dents du pont de l'assurée s'était cassée lorsque cette dernière avait reçu sur le visage un jouet qu'elle avait préalablement lancé à son chien. Une fracture de la porcelaine de la dent 21 avait été constatée. La SUVA en sa qualité d'assureur-accidents avait pris en charge le coût de la réparation de cette dent faite par le docteur B_____.

c. Selon l'assurée, cette dernière avait dû se rendre, le 18 juin 2009, à la permanence dentaire d'Onex en raison d'un abcès au palais. Elle avait été prise en charge par le médecin-dentiste C_____ qui avait retiré le pont et extrait une des dents qui le soutenait, soit la 24. Une prothèse provisoire a été posée dans l'attente de la pose d'implants.

d. En novembre 2009, l'employeur de l'assurée a annoncé une rechute à l'assureur-accidents.

B. **a.** Au motif qu'il n'y avait pas de relation de causalité pour le moins probable entre la lésion dentaire annoncée en 2009 (détérioration et perte du pont) et l'accident du 30 novembre 2006, l'assureur-accidents a refusé de prendre en charge le traitement pour la réalisation d'une prothèse définitive (pont sur implant de la dent 13 à la dent 23), lequel avait été devisé par le docteur D_____ à CHF 12'451.60 ou celui établi à CHF 8'716.35 par la faculté de médecine de l'Université de Genève, après avoir soumis le cas à l'un de ses médecins-dentistes conseil, le docteur E_____.

b. L'assurée s'étant opposée à ce refus de prise en charge, l'assureur-accidents a requis le dossier radiologique complet, lequel contenait un examen « Cone Beam CT (CBCT) » fait le 7 mars 2011. En conclusion de cet examen, le docteur F_____ avait indiqué à l'assureur-accidents que l'assurée présentait une parodontite chronique d'intensité modérée. Il constatait en effet des alvéolyses horizontales, soit des lésions parodontales, en régions 17 et 27 et verticales distales sur les 17, 16 et 27, ainsi qu'une atteinte de furcation en 26. L'état parodontal de la dent 12 était déjà précaire sur les radiographies de 2007 faites à l'annonce de la fracture de la porcelaine de la dent 21 et la perte du pont était liée à l'état parodontal. L'assureur-accidents a dès lors refusé ses prestations.

c. L'assurée s'est opposée à cette décision et a fourni un rapport du docteur J_____.

d. La SUVA a soumis le dossier au docteur G_____, médecin-dentiste (appréciation le 27 juillet 2020), lequel a indiqué qu'il n'était pas possible d'établir une causalité plus que potentiellement entre l'accident et la fracture de la racine de

la dent 24. Une fracture sur ce type de dent (racine fine et long tendon radiculaire) pouvait survenir sans aucun événement extérieur. C'était une complication/échec possible d'une construction de ce type (pont).

e. Par décision du 1er octobre 2020, la SUVA a confirmé son refus de prise en charge.

C. **a.** Par acte du 2 novembre 2020, l'assurée a fait recours contre cette décision à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), en alléguant que la dent qui soutenait son pont avait été fragilisée lors de son accident du 30 novembre 2006 et que l'événement de 2009 était dès lors en lien de causalité confinant à la certitude avec l'accident de 2006. Elle a sollicité l'audition de la doctoresse H_____, du docteur I_____ et du Dr J_____ qui l'ont tous trois soignée.

b. Dans le cadre de l'instruction de ce recours, des renseignements écrits complémentaires et les dossiers médicaux ont été sollicités des médecins ayant traité l'assurée, soit les trois précités, ainsi que du Dr C_____.

c. Le Dr I_____ a indiqué avoir suivi l'assurée, lorsqu'il travaillait à la Clinique universitaire de médecine dentaire, pour une période allant de courant 2011 au 24 janvier 2013, date du dernier contrôle. Il ne disposait plus du dossier médical qui se trouvait toujours à la Clinique. Il ne s'est pas prononcé plus avant.

d. Le Dr J_____ a indiqué que le dossier papier de sa patiente n'était plus disponible et qu'il était difficile de se rappeler les faits. L'assurée lui avait parlé de son accident de cheval lorsqu'elle s'était présentée à sa consultation en janvier 2011. Il ne pouvait pas se prononcer sur la fracture de la dent 24 ou sur le lien de causalité entre la fracture/fissure radiculaire de la dent 24 survenue en 2009 et l'accident du 30 novembre 2006. Une telle fracture pouvait possiblement survenir sans aucun événement extérieur sur ce type de dent et elle pouvait constituer une complication d'une construction d'un pont.

e. La Dre H_____ a envoyé ses notes, desquelles il ressort notamment qu'elle a suivi l'assurée depuis 2007. En 2007, la question du changement du pont se posait déjà. Était évoquée une proposition de poser deux implants sur les dents 11 et 21 et d'extraire la dent 12, voire de la dent 13 à la 23. La Dre H_____ voulait voir avec le Dr B_____ et l'assurance de la patiente. Le Dr B_____ n'a pas voulu changer le pont, malgré le souhait de la patiente. Cette dernière a décidé de ne plus consulter ce dernier et en a informé la Dre H_____ le 18 septembre 2009. Dans ses notes, la dentiste mentionne à plusieurs reprises des poches résiduelles (mai 2008, novembre 2009, septembre 2012, août 2013, octobre 2015).

f. Deux médecins de la Clinique universitaire de médecine dentaire ont fait savoir que le Dr C_____ n'avait pris en charge ce dossier que partiellement en dehors de son activité à la Clinique universitaire de médecine dentaire et était absent pour une durée indéterminée. L'assurée avait été reçue par le Dr J_____ le 12 mai 2011. Il n'y avait pas de trace de traitements antérieurs à cette date. Les premières

radiographies disponibles étaient du 24 février 2016. La dent 24 ne semblait pas avoir été extraite au sein de la Clinique universitaire de médecine dentaire et il n'était dès lors pas possible de se prononcer sur la causalité entre la fracture/fissure radiculaire de la dent 24 et l'accident du 30 novembre 2006.

g. L'intimée a fait parvenir l'avis de son médecin-conseil au sujet des renseignements écrits récoltés. Les nouveaux documents ne lui permettaient pas de changer ses appréciations précédentes. Des lésions parodontales avaient été constatées en 2009, puis en 2011, lesquelles avaient tendance à récidiver au cours d'une vie, et des poches profondes avaient été constatées en 2016 et 2017. Le médecin-conseil confirmait ses précédentes prises de position et constatait que les avis émis par les médecins-dentistes ayant soigné l'assurée venaient plutôt confirmer le sien, à savoir que la causalité restait, d'après la documentation disponible, au maximum possible.

h. À l'issue de l'instruction, la cause a été 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 - E 2 05), 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. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable.

3. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à refuser la prise en charge du traitement pour la réalisation d'une prothèse définitive (pont sur implant de la dent 13 à la dent 23), en niant le rapport de causalité naturelle entre la nécessité de ce traitement et l'accident subi par l'assurée le 30 novembre 2006.

3.1 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

3.2 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).

3.3 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).

3.4 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).

3.5 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 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).

4.

4.1 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).

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 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). À 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).

4.3 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 publie U 192/06 du 10 avril 2007, consid. 3.2.2).

5. 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 125 V 351 consid. 3).

6. 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).

7. 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 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).

8. 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).

9. En l'espèce, les médecins ayant traité la recourante s'étant prononcés par écrit, dans la mesure où ils le pouvaient, l'administration d'autres preuves n'apparait pas pertinente au vu des avis médicaux recueillis pour trancher le litige, de sorte que la chambre y renoncera par appréciation anticipée des preuves.

10. S'agissant des avis médicaux au dossier, celui du Dr F_____ relève que l'assurée présentait une parodontite chronique d'intensité modérée et que l'état parodontal de la dent 12 était déjà précaire sur les radiographies de 2007. En 2011, il constate des

alvéolyses horizontales, soit des lésions parodontales, en régions 17 et 27 et verticales en distales sur les 17, 16 et 27 et une atteinte de furcation sur la 26. La perte du pont à la suite de fracture de la dent 24 était selon lui liée à l'état parodontal. L'état parodontal précaire relevé par ce médecin n'est pas contesté au regard des autres avis médicaux au dossier. Les notes de la Dre H_____ révèlent en outre la présence de poches parodontales au fil du suivi débuté en 2007. D'ailleurs, selon les explications de la recourante, le Dr C_____ a procédé à l'extraction de la dent 24, laquelle soutenait son pont, lorsqu'elle s'était rendue à la permanence dentaire le 18 juin 2009 en raison d'un abcès.

Le Dr J_____ a pour sa part indiqué qu'il avait reçu l'assurée le 12 mai 2011 et que les premières radiographies qui étaient disponibles dataient du 24 février 2016. La dent 24 ne semblait pas avoir été extraite au sein de la Clinique universitaire de médecine dentaire et il ne lui était pas possible de se prononcer sur la causalité entre la fracture radiculaire de la dent 24 et l'accident du 30 novembre 2006. Au sujet de l'origine de cette fracture, il indiquait néanmoins que cette dernière pouvait possiblement survenir sans aucun événement extérieur sur ce type de dent et pouvait constituer une complication de la construction d'un pont.

Le Dr G_____ a indiqué lui aussi qu'il n'était pas possible d'établir une causalité plus que potentielle entre l'accident et la fracture de la racine de la dent 24, une fracture sur ce type de dent (racine fine et long tendon radiculaire) pouvant survenir sans aucun événement extérieur. C'était une complication ou un échec possible de la construction d'un pont.

Ainsi, aucun des médecins n'a indiqué que la causalité entre l'accident du 30 novembre 2006 et la fracture de la racine de la dent 24 était établie, mais tout au plus possible. En outre, tant le Dr J_____ que le Dr F_____ ont affirmé qu'une telle fracture pouvait survenir sans aucun événement extérieur, soit en l'absence d'un événement accidentel.

On ne saurait dès lors admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident de 2006 et le retrait de la dent 24 subi par la recourante en 2009. Le lien de causalité adéquate ne pourrait pas davantage être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante au vu de l'état parodontal précaire mis en évidence dans ce dossier.

Force est dès lors de constater que l'assureur était en droit de refuser ses prestations.

Eu égard à ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté.

La procédure est gratuite.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
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
Nathalie LOCHER	Marine WYSSENBACH

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