

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 août 2019

---

Composition : M. NEU, juge unique

Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Gilles-Antoine Hofstetter,  
avocat à Lausanne,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée.

---

**Art. 43 al. 1 LPGA ; art. 6 al. 3 et 11 LAA ; art. 11 OLAA ; art. 6  
OMAA**

**E n f a i t :**

**A.**           **a)** V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant) a été victime d'un accident (perte des dents 11 et 21) le 25 juillet 1990. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) a pris en charge les suites de cet événement, dont notamment le remplacement des dents 11 et 21, ainsi qu'en 2014 le démontage du pont qui existait entre les dents 13, 12, 22 et 23 et la mise en place d'un nouveau pont après soins parodontaux (rapport du 13 février 2013 du Dr I. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste et médecin-conseil de la CNA).

**b)** L'assuré a été revu par le médecin-conseil de la CNA le 14 mars 2016 en raison de mauvaises odeurs buccales, surtout au niveau des piliers 13 et 12 (rapport du 18 mai 2016 du Dr I. \_\_\_\_\_), puis par le Dr X. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste spécialiste en parodontologie, les 16 juin et 1<sup>er</sup> septembre 2016 (rapport du 6 septembre 2016 du Dr X. \_\_\_\_\_). Ces médecins n'ont mis en évidence aucun défaut d'étanchéité entre les coiffes prothétiques et les moignons dentaires sous-jacents. Le problème n'était ainsi ni parodontal, ni prothétique et ne devait pas se situer au niveau du traitement dentaire.

Fort des renseignements obtenus, la CNA a refusé d'allouer des prestations d'assurances par décision du 5 octobre 2016, confirmée sur opposition le 24 novembre 2016, faute de lien de causalité entre l'accident de 1990 et les troubles déclarés. Les nouveaux problèmes relatés par l'assuré ne pouvaient pas être mis sur le compte du pont.

**c)** Le 16 mai 2018, le Dr L. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste traitant de l'assuré, a transmis un courrier à la CNA pour demander la prise en charge d'un nouveau pont avec préalablement un allongement des couronnes cliniques afin de situer les limites des préparations dans une zone mieux accessible pour le nettoyage. Ce médecin soupçonnait que l'utilisation assidue du fil dentaire avait pu user le joint de ciment entre la couronne et la racine de la dent 13. La zone, située sous la gencive, n'était

toutefois pas accessible à une vision directe. Radiologiquement, aucune pégoration ne pouvait pas être dcelée.

Par courrier du 24 mai 2018, l'assuré a informé la CNA qu'il souhaitait bénéficier des soins proposés par le Dr L.\_\_\_\_\_. Le traitement d'antibiotique n'avait pas eu d'effet sur les odeurs. Le nettoyage journalier de la jointure pont et gencive avec du fil dentaire avait pu user le joint de ciment entre la couronne et la racine de la dent 13. Il était selon lui anormal de pouvoir passer un fil dentaire jusqu'au ciment du scellement du pont.

Se référant aux pièces du dossier médical de l'assuré, la CNA a nié son droit aux prestations par décision du 20 juin 2018, relevant l'absence de lien de causalité entre l'accident de 1990 et les troubles déclarés.

L'assuré s'est opposé à cette décision par courrier du 16 juillet 2018 et un délai supplémentaire lui a été octroyé au 20 août 2018 afin de motiver son opposition.

Par décision sur opposition du 25 juillet 2018, la CNA a confirmé la décision du 20 juin 2018. Elle n'entendait pas entrer en matière quant à une éventuelle demande de reconsidération et estimait que l'assuré n'apportait aucun motif concret de révision procédurale. Il n'incombait pas à la CNA de prendre en charge le prétendu dommage du pont. L'assuré n'avait pas apporté la preuve au degré de la vraisemblance prépondérante d'une pégoration de la situation. Il n'y avait pas non plus eu de nouvel accident justifiant une prise en charge.

**B.** Par acte du 12 septembre 2018, V.\_\_\_\_\_, sous la plume de son conseil, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise en médecine dentaire, puis principalement à la prise en charge du remplacement de la prothèse dentaire litigieuse et des suites du sinistre du 25 juillet 1990, en particulier des frais de

traitement futurs ainsi que d'éventuelles indemnités journalières, et subsidiairement au renvoi de la cause à la CNA pour instruction et nouvelle décision. Sur le plan formel, l'assuré s'est étonné que la CNA n'ait pas attendu l'échéance du délai fixé au 20 août 2018 pour motiver l'opposition. Sur le fond, il a fait valoir que sa situation avait changé depuis la dernière décision de refus de prise en charge du 5 octobre 2016. Le pont présentait une usure telle qu'il n'était plus possible de maintenir une hygiène dentaire acceptable. Il s'agissait d'un fait nouveau, justifiant d'entrer en matière sur sa nouvelle requête. Le pont initialement placé avait pour but de remédier aux conséquences de l'accident du 25 juillet 1990. Son remplacement avait en outre été pris en charge à plusieurs reprises par la CNA avant l'été 2015. La pose d'un nouveau pont était également un traitement en lien de causalité avec le sinistre initial, dans la mesure où cette prothèse aurait toujours pour fonction de remplacer les dents endommagées au moment où l'accident dentaire initial était survenu. Ce traitement devait par ailleurs être considéré comme approprié au vu du rapport du 16 mai 2018 du Dr L. \_\_\_\_\_ et en l'absence d'avis contraire.

Dans sa réponse du 16 novembre 2018, la CNA a conclu au rejet du recours, en relevant que le Dr L. \_\_\_\_\_ n'avait pas été en mesure de constater de visu, ni d'observer de péjoration sur les radiographies effectuées. L'assuré n'était dès lors pas en mesure de prouver au degré de la vraisemblance prépondérante qu'il existait bel et bien une usure du joint de ciment entre la couronne et la racine de la dent 13. La CNA a ajouté que même si une telle usure devait être attestée, il faudrait encore démontrer qu'elle nécessiterait le remplacement du pont dans sa totalité, respectivement qu'elle serait à l'origine des odeurs dont se plaignait l'assuré.

Répliquant le 11 décembre 2018, l'assuré a mis en exergue l'absence d'instruction du dossier et le devoir de la CNA d'investiguer afin de compléter l'état de fait si elle entendait s'écarter du rapport du Dr L. \_\_\_\_\_. D'après l'assuré, la CNA ne disposait d'aucun point de vue médical divergent de celui du Dr L. \_\_\_\_\_ pour fonder sa position. Le

rapport de ce dernier était suffisant au degré de la vraisemblance prépondérante pour retenir une usure. Selon l'assuré, la lecture du rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ permettait également de rendre hautement vraisemblable un lien de causalité entre l'usure et les mauvaises odeurs notamment. Dans ce contexte, il appartenait à la CNA de prêter.

Par duplique du 4 janvier 2019, la CNA a renvoyé à ses précédentes écritures, notamment à la décision sur opposition du 24 novembre 2016 s'agissant de la problématique des odeurs.

Dans ses ultimes déterminations du 22 janvier 2019, l'assuré a réitéré que la CNA n'avait pas adéquatement instruit le dossier et confirmé ses conclusions.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**c)** Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr. (cf. coût du précédent pont de 11'390 fr. 85 selon le devis du 18 mai 2012), la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** L'objet du litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à refuser tout droit aux prestations de l'assurance-accidents au vu des atteintes dentaires alléguées par le recourant.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident 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.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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, mentale 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 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 ; TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

**d)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; 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 affection 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 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C\_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc 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 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C\_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

Il appartient à la personne assurée de rendre plausible une telle rechute ou séquelle tardive, sans quoi l'assureur-accidents peut rendre une décision de refus d'entrer en matière (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201],

applicable par analogie en assurance-accidents ; TF 8C\_263/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 ; TFA U 55/07 du 13 novembre 2007 consid. 4.1).

**e)** Conformément à l'art. 11 al. 1 LAA, l'assuré a droit aux moyens auxiliaires destinés à compenser un dommage corporel ou la perte d'une fonction. Le Conseil fédéral établit la liste de ces moyens auxiliaires. Les moyens auxiliaires sont d'un modèle simple et adéquat ; l'assureur les remet en toute propriété ou en prêt (al. 2). A l'art. 19 OLAA, le Conseil fédéral a délégué au Département fédéral de l'intérieur (DFI) la compétence de dresser la liste des moyens auxiliaires et d'édicter des dispositions sur la remise de ceux-ci. Ce département a édicté l'OMAA (ordonnance du 18 octobre 1984 sur la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-accidents ; RS 832.205.12), laquelle mentionne les prothèses dentaires (chiffre 5.05) à son Annexe 1. Si en dépit d'un usage soigneux, un moyen auxiliaire doit être réparé, adapté ou remplacé, l'assureur en assume les frais, à défaut d'un tiers responsable (art. 6 al. 2 OMAA).

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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 que soit leur 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, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5. a)** En premier lieu, on constate avec le recourant que l'intimée n'a pas attendu l'échéance du délai imparti au 20 août 2018 pour motiver l'opposition (courrier du 20 juillet 2018). Elle a en effet rendu la décision sur opposition le 25 juillet 2018. Il figure certes au dossier une note téléphonique du 25 juillet 2018 concernant un entretien avec le recourant. Elle ne mentionne toutefois pas de renonciation au délai (« L'assuré me téléphone pour m'informer qu'il ne souhaite pas retirer son opposition et ne va pas pour le moment [faire] intervenir sa protection juridique. Il est absent du 26.7 pour deux semaines. Je prends note »). Cela étant, le recourant ne prend aucune conclusion concernant ce grief et une éventuelle violation du droit d'être peut être réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen, ce qui est le cas en l'espèce (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1). Un renvoi pour ce motif dans le cas particulier constituerait en outre une vaine formalité et aboutirait à un allongement inutile de la procédure, ce qui serait incompatible avec l'intérêt de la partie concernée à ce que sa cause soit tranchée dans un délai raisonnable (ATF 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2 et les références).

**b)** Sur le fond, le recourant réitère ses plaintes concernant les odeurs, mais invoque également que le joint de ciment entre la couronne et la racine de la dent 13 s'est usé. Il fait valoir que cette usure n'existait pas en 2016 (« Au fil du temps, il semble que le fil dentaire ait pu user le joint de ciment entre la couronne et la racine de la dent 13 » ; courrier du 24 mai 2018). L'usure, apparue avec le temps, est étayée par un rapport du 16 mai 2018 du Dr L. \_\_\_\_\_ (« il semble maintenant que le fil dentaire ait pu user le joint de ciment »). Le recourant invoque donc un élément nouveau, qui n'était pas présent en 2016.

**aa)** Concernant le fardeau de la preuve relatif à ce nouvel élément, l'intimée se méprend lorsqu'elle retient que le recourant devait

apporter la preuve au niveau de la vraisemblance prépondérante. S'il s'agit d'une usure de la prothèse dentaire au sens de l'art. 6 al. 2 OMAA, il appartient à l'intimée d'instruire le cas conformément à la maxime inquisitoire, le fardeau de la preuve étant dans ce contexte à la charge de l'administration (art. 43 al. 1 LPGA). Il en va de même s'il s'agit d'un cas d'application de l'art. 6 al. 3 LAA (« L'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 10) »). Or, le rapport du 16 mai 2018 Dr L. \_\_\_\_\_ n'a même pas été soumis au médecin-conseil de l'intimée. Le Dr L. \_\_\_\_\_ expose pourtant une situation médicale altérée. Il évoque l'usure du joint du point de vue clinique et explique que radiologiquement, il ne peut pas montrer l'atteinte, la zone, située sous la gencive, n'étant pas accessible à la vision directe. Ces explications sont cohérentes et il apparaît crédible que l'utilisation du fil dentaire, recommandée par le médecin-conseil de l'intimée à l'époque (« J'ai vérifié plusieurs fois le passage du fil et fait la démonstration de l'utilisation correcte de cette méthode de nettoyage interdentaire » ; rapport du 4 novembre 2016 du Dr I. \_\_\_\_\_), ait pu user le ciment. L'intimée ne pouvait donc considérer que l'usure était inexistante en substituant sa propre appréciation à celle d'un médecin. On relève du reste que le Dr I. \_\_\_\_\_ mentionnait dans son rapport du 18 mai 2016 un contour important au niveau des piliers et des espaces interdentaires pas assez ouverts pour permettre une bonne hygiène. Selon ce médecin, le pont était à la limite d'un traitement adéquat. Le Dr I. \_\_\_\_\_ avait soumis le cas au Dr [...], médecin-dentiste spécialiste en parodontologie, qui lui avait indiqué que la conception du pont semblait être la cause des problèmes du recourant (rapport du 18 mai 2016 précité).

**bb)** Se pose également la question d'une éventuelle rechute ou séquelle tardive. Dans ce contexte, la personne assurée doit rendre plausible une telle rechute ou séquelle tardive (consid. 3d *supra*). Il suffit qu'il existe des indices d'un tel changement et que l'assureur puisse être convaincu que les faits allégués se sont vraisemblablement produits, ceci quand bien même on ne peut pas exclure qu'ils soient démentis lors d'un examen successif (TF 8C\_1025/2010 du 28 mars 2011 consid. 2.3). Si

l'assuré rend simplement vraisemblable une modification notable des circonstances déterminantes pour le droit aux prestations, la maxime d'office trouve application. L'assureur social doit reprendre l'instruction à son compte et administrer d'office les preuves nécessaires. Dans le cas présent, le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ est suffisamment étayé pour rendre plausible une usure du ciment, entraînant peut-être une atteinte aux moignons dentaires sous-jacents. L'intimée se devait à tout le moins d'investiguer la question, avant de rendre une décision sur opposition.

**c)** En l'état du dossier, il n'est ainsi pas possible de déterminer s'il s'agit d'une usure de la prothèse dentaire (art. 6 al. 2 OMAA), s'il est question de lésions causées lors d'un traitement médical (art. 6 al. 3 LAA) ou s'il existe une rechute ou séquelle tardive de l'accident (art. 11 OLAA). Compte tenu du nouvel élément évoqué par le recourant, l'intimée ne pouvait faire l'économie d'une instruction en bonne et due forme de la demande. En renonçant à toute mesure d'instruction, l'intimée a violé l'art. 43 al. 1 LPGA. A ce stade, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, il incombe à la CNA de procéder à l'ensemble des mesures d'instruction idoines aux fins d'éclaircir le droit aux prestations du recourant.

**6. a)** En définitive, le recours doit être admis et la cause renvoyée à la CNA pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**c)** Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

**Par ces motifs,  
le juge unique  
prononce :**

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition rendue le 25 juillet 2018 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents versera à V.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour V.\_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17

juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :