

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 juin 2021

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

B._____, à [...], recourant,

et

R._____, à [...], intimée.

Art. 6, 10 al. 1, 36 et 54 LAA

E n f a i t :

A. B._____ (ci-après : l'assuré ou le recourant) travaille depuis 1994 pour [...] et est, à ce titre, assuré contre les accidents professionnels et non professionnels par R._____ (ci-après : R._____ ou l'intimée).

Le 14 août 2018, l'assuré s'est blessé à une dent en mordant un petit caillou qui se trouvait dans le riz qu'il mangeait. Son employeur a adressé une déclaration d'accident-bagatelle à R._____ le 16 août 2018.

Le 10 septembre 2018, l'assuré a renvoyé à R._____ le questionnaire « Description - Cas dentaire » dûment complété.

Son médecin-dentiste, le Dr M._____, a indiqué le 20 août 2018 que la dent 36 présentait une fracture de la couronne sans atteinte de la pulpe. Le même jour, il a transmis à R._____ une estimation d'honoraires se montant à 1'345 fr. 90 et prévoyant la pose d'un onlay 3 faces.

Le 28 septembre 2018, le Dr M._____ a fait parvenir à R._____ sa note d'honoraires, se montant à 1'289 fr. 50, pour les soins prodigués les 20 août, 12 et 19 septembre 2018.

A la demande de R._____, le Dr M._____ a complété un formulaire complémentaire en date du 3 octobre 2018.

Par courrier du 22 octobre 2018 adressé au Dr M._____ et envoyé en copie à l'assuré, R._____ a refusé d'intervenir à hauteur du devis précité et a limité sa prise en charge à une réparation en composite, à savoir à 384 fr. 40, au motif que la dent 36 présentait un état antérieur.

Le 30 octobre 2018, l'assuré a contesté cette prise de position et a demandé à R._____ de prendre en charge la totalité des frais ou de rendre une décision formelle.

Par décision du 6 mars 2019, R._____ a confirmé sa position, limitant sa prise en charge à 384 fr. 40, se référant à l'avis établi par son médecin-dentiste conseil, le Dr L._____, le 4 mars 2019. Celui-ci a relevé que la dent 36 était réparée à l'aide d'une ancienne restauration en amalgame relativement étendue avant l'accident, ce qui la rendait plus fragile et moins résistante mécaniquement parlant, donc plus à risque de se fracturer par rapport à une dent intacte. A la lecture attentive de la photographie à disposition, il avait constaté des fissures sur la paroi distale (et probablement sur la face vestibulaire) et a expliqué qu'un des effets secondaires des restaurations en amalgame et/ou composite sans recouvrement des cuspidés était que ces dents étaient susceptibles de se fissurer sous les contraintes de la mastication et que ces fissures pouvaient se propager dans les tissus dentaires durs et entraîner la fracture de la dent. Les fissures visibles étaient infiltrées, donc anciennes, de sorte que le risque de fracture était avéré et certain, d'autant plus pour une dent localisée dans les secteurs postérieurs. Il estimait ainsi que l'état antérieur avait joué un rôle dans la survenance du dommage, à plus de 50 %. Le traitement dispensé par le médecin-dentiste de l'assuré était approprié, mais pas économique, puisqu'il aurait pu proposer une restauration directement dans la bouche, sans passer par la confection d'une pièce prothétique en laboratoire. Même s'il y avait une indication à remplacer l'ancienne obturation en amalgame avant l'accident, il recommandait à l'assureur d'entrer en matière pour une prise en charge partielle, à savoir pour une réparation en composite directement effectuée dans la bouche.

L'assuré a fait opposition à cette décision le 26 mars 2019, alléguant notamment que la technique directe de réparation ne permettait pas d'obtenir un résultat fonctionnel satisfaisant et solide.

Dans un nouvel avis à l'assureur du 10 avril 2019, le Dr L._____ a mentionné que l'affirmation de l'assuré n'était fondée sur aucune preuve scientifique. Se référant à deux articles, il a précisé qu'il était tout aussi efficace de réaliser une restauration en composite

directement en bouche plutôt que de la réaliser à l'aide du laboratoire, et que ces restaurations étaient fiables et pérennes.

Par décision sur opposition du 8 mai 2019, R._____ a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a retenu que l'état antérieur de la dent avait joué un rôle important dans la survenance du dommage, qu'il y avait une indication à remplacer l'ancienne obturation avant l'accident et qu'une réparation en composite réalisée directement dans la bouche était suffisante.

B. Par acte du 6 juin 2019, B._____ a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à son annulation et à ce que l'intimée soit condamnée à payer les frais de traitement dentaire de 1'345 francs. Il a fait valoir qu'on était en présence d'une cause extérieure extraordinaire étant donné que le riz n'était pas censé contenir un caillou. Il a affirmé que la dent 36 était suffisamment saine et solide, qu'elle remplissait normalement sa fonction avant l'accident et n'aurait pas nécessité de traitement dans des conditions normales, comme le confirmait le Dr M._____ dans une attestation du 6 juin 2019, qui précisait également qu'il n'y avait pas d'évolution de fêlures depuis plusieurs années. Le recourant a par ailleurs rappelé que selon la loi, les prestations pour soins n'étaient pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'était que partiellement imputable à l'accident. Il a relevé que les articles cités par R._____ concernaient des restaurations en composite alors que le Dr M._____ avait opté pour un onlay céramique. Citant diverses sources, il a mentionné que le choix entre une restauration directe ou indirecte devait être dicté par la faisabilité technique dans le cas d'espèce et que les restaurations indirectes présentaient un meilleur taux de survie. Il a ainsi considéré que la technique choisie par le Dr M._____ constituait un traitement efficace, approprié et économique pour la lésion complexe subie et correspondait aux recommandations en la matière.

Dans sa réponse du 2 septembre 2019, R._____ a fait savoir qu'elle aurait pu refuser la prise en charge de tout le traitement du fait

que le lien de causalité entre la lésion dentaire et l'accident n'était que possible compte tenu des fêlures présentes sur la dent, dont l'existence était confirmée par le Dr M._____. Elle a estimé que les articles cités par le recourant rapportaient des constatations générales alors que son médecin-dentiste conseil s'était déterminé sur la base du dossier complet.

Par réplique du 22 octobre 2019, complétée le 25 octobre 2019, le recourant a produit un nouvel article de revue ainsi qu'un rapport du Dr M._____ du 1^{er} octobre 2019. Il y indiquait que l'obturation à l'amalgame n'était pas d'un volume excessif et ne laissait pas présager une fracture imminente, précisant que la situation était stable depuis qu'il suivait l'assuré, à savoir depuis 2016. Il en concluait que la dent n'aurait pas cassé sans la présence d'un corps étranger dans la nourriture. Pour le choix de la restauration, il avait proposé une obturation indirecte (onlay céramique) car le volume cassé était important, à savoir la moitié de la face linguale de la dent, et ne permettait pas, selon son expérience, de réaliser une obturation en technique directe qui permette d'assurer une fonction masticatoire correcte et d'obtenir un point de contact avec la dent postérieure satisfaisant, afin d'éviter les tassements alimentaires et les récives de caries. Il a annexé une photographie du moulage de la dent cassée avant restauration avec une matrice qui sert à réaliser les obturations en techniques directes, faisant remarquer la mauvaise qualité d'adaptation de la matrice sur le tour de la dent et au niveau du point de contact, malgré l'utilisation de matrices dites anatomiques. Il a par ailleurs précisé que trois faces de la dent étaient touchées (occlusale, distale et linguale) et que l'appréciation du médecin-dentiste conseil était erronée puisqu'il acceptait la prise en charge d'une obturation à deux faces.

Avec sa duplique du 10 décembre 2019, R._____ a produit un rapport du Dr L._____ du 14 novembre 2019 et a modifié sa décision, en ce sens qu'elle prenait en charge un montant de 430 fr. 90 pour une obturation à trois faces au lieu de deux faces. Dans son rapport, le médecin-dentiste conseil a estimé qu'il était tout à fait possible d'aborder la réparation d'un dégât dentaire tel que présenté par l'assuré à l'aide d'une technique directe, se référant par ailleurs à l'article produit par ce

dernier, qui indiquait que l'évolution des composites permettait de repousser les limites en matière de restaurations directes. Les systèmes de coffrage actuels étaient suffisamment évolués pour permettre la réalisation d'obturations en technique directe sur les dents postérieures, étant précisé que la réparation pouvait être effectuée en plusieurs temps au cours de la même séance en utilisant différentes matrices : ainsi, dans le cas de l'assuré, il aurait été possible de reconstruire la paroi linguale de la dent à l'aide d'une matrice fine ou ultra fine de « type Hawe matrice », puis la paroi distale à l'aide d'une matrice bombée, telle que montrée sur les photos, et enfin la face occlusale. Il admettait en revanche la prise en charge d'une obturation à trois faces au lieu de deux. S'agissant de la longévité des différents types de restauration, il a maintenu qu'il n'y avait pas de différences significatives, l'article cité par l'assuré portant sur la résistance à la charge et aux contraintes exercées.

Le 6 février 2020, le recourant a fait remarquer que sur sa page internet, le médecin-dentiste conseil proposait lui-même un traitement indirect si l'étendue de l'atteinte dentaire le justifiait, ce qui contrastait avec sa réponse catégorique.

Par courrier du 27 mars 2020, R. _____ a transmis la prise de position du Dr L. _____ du 12 mars 2020, qui précisait que le choix de la méthode de restauration ne se limitait pas seulement à l'étendue de l'atteinte dentaire et qu'il y avait d'autres paramètres à prendre en compte, comme l'économicité. Si une dent présentait une fracture d'une ou plusieurs cuspide(s), un médecin-dentiste n'allait pas s'orienter obligatoirement vers une restauration en technique indirecte. Pour une première molaire inférieure comme la dent 36, il estimait que la fracture d'une cuspide représentait une lésion peu étendue et que ce n'était qu'en cas de fracture de trois ou quatre cuspides que la lésion était considérée comme étendue puis très étendue. Il a en outre précisé qu'il existait plusieurs positions tarifaires utilisables dans les reconstitutions de molaires selon une méthode directe, à savoir les positions 4553 et 4555.

Le 4 mai 2020, l'assuré a produit un rapport de son médecin-dentiste du 22 avril 2020 et estimé que celui-ci, scientifiquement circonstancié et émanant d'un spécialiste ayant une connaissance approfondie de son cas, devait prévaloir. Dans ce document, le Dr M._____ a exposé les raisons pour lesquelles il avait considéré qu'une restauration en technique indirecte était préférable, relevant notamment la difficulté d'obtenir de bons points de contact et une forme parfaitement anatomique avec la technique directe. Il a fait valoir que le choix de la technique était pleinement dépendant de l'opérateur en fonction de la situation, des capacités et de l'expérience et des exigences de chacun. Il a précisé n'avoir pas pensé à utiliser la position 4553, reprochant à l'assureur de ne pas revoir sa prise en charge à la hausse.

Dans un avis complémentaire du 16 septembre 2020, transmis par R._____ le 17 septembre 2020, le Dr L._____ a estimé qu'il n'était pas plus compliqué de réparer une perte de tissu dentaire en technique directe, que la notion de complexité n'avait d'ailleurs pas à être prise en compte dans le cadre légal. Il était d'avis que la fracture présentée par le recourant pouvait être réparée en une seule séance en technique directe, relevant qu'il était plus rentable pour un cabinet dentaire de réaliser des réparations en technique indirecte. Il admettait que la position 4553 pouvait être utilisée à la place de la 4547 proposée initialement. Il a en outre précisé qu'il intervenait en toute indépendance.

Par déterminations des 12 octobre 2020 et 29 janvier 2021, le recourant a maintenu sa position, estimant qu'une réparation en technique directe n'était manifestement pas appropriée, et a conclu à l'octroi de dépens tenant compte du nombre d'écritures et de rapports produits en procédure. Il a encore produit deux rapports du Dr M._____, datés des 8 octobre 2020 et 27 janvier 2021, accompagnés d'un article sur les inlays et onlays. Le dentiste traitant a maintenu qu'une obturation indirecte était plus indiquée dans le cas du recourant, affirmant qu'il n'aurait pas été en mesure de restaurer correctement cette dent en technique directe, selon ses critères de qualité et ses objectifs de résultats. Il a mentionné qu'un défaut des restaurations en techniques

directes était la contraction du matériau lors de la polymérisation, qui conduisait à une perte d'étanchéité au niveau de l'interface entre le tissu dentaire et le composite, ce qui était à l'origine de récurrences de caries. Il a également précisé que la perte tissulaire était largement supérieure à 25 % car la cuspide disto-vestibulaire avait cassé lors de la dépose de l'ancienne obturation, ce qui arrivait parfois, de manière peu prévisible. Il a fait remarquer qu'une restauration en technique indirecte n'était pas plus avantageuse pour le médecin-dentiste qu'une restauration directe en deux séances.

R._____ a maintenu ses conclusions dans son écriture du 3 décembre 2020, produisant un rapport du Dr L._____ du 27 novembre 2020, qui estimait que la documentation qu'il avait fournie était plus récente et plus probante, qu'avec une mise en forme adéquate du matériau, les effets secondaires de la contraction lors de la polymérisation pouvaient être minimisés et devenaient cliniquement acceptables. Il admettait la prise en charge de la position 4553 pour la reconstruction en composite d'une à deux cuspides sur une molaire selon une technique directe.

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., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) Est litigieuse la question de savoir si l'intimée a, à juste titre, refusé de prendre en charge les frais de traitements dentaires à hauteur de 1'289 fr. 50, correspondant à la réalisation d'un overlay, et n'a accepté que la prise en charge du montant correspondant à une réparation en composite directement effectuée en bouche.

b) A teneur de l'art. 53 al. 3 LPGA, l'assureur peut reconsidérer une décision contre laquelle un recours a été formé jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours. Cette faculté est également prévue à l'art. 83 LPA-VD (applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD) selon lequel, en lieu et place de ses déterminations, l'autorité intimée peut rendre une nouvelle décision partiellement ou totalement à l'avantage du recourant (al. 1), l'autorité poursuivant l'instruction du recours dans la mesure où celui-ci n'est pas devenu sans objet (al. 2).

c) En l'espèce, l'intimée a d'abord admis la prise en charge d'un montant de 384 fr. 40 dans sa décision du 6 mars 2019, confirmée sur opposition le 8 mai 2019. Par duplique du 10 décembre 2019, R. _____ a, sur la base du rapport du Dr L. _____ du 14 novembre 2019, modifié sa décision en ce sens qu'elle prenait en charge un montant de 430 fr. 90 pour une obturation à trois faces au lieu de deux faces.

Il faut constater que l'intimée n'a pas reconsidéré sa décision dans le délai de réponse et ne fait, en outre, pas entièrement ou très largement droit aux conclusions du recourant, si bien que ce changement de position ne peut que constituer une proposition adressée à la Cour de céans (Margit Moser-Szeless, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 108 ad art. 53 LPGA).

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 citées).

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).

d) 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.

e) 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 (ATF 114 V 169 consid. 3b ; TF 8C_191/2018 du 21 décembre 2018 consid. 3.2). En ce qui concerne l'exigence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé, la responsabilité de l'assurance ne peut être exclue au motif qu'une atteinte à la santé est en grande partie imputable à un état antérieur massif et que l'événement accidentel n'a qu'une importance secondaire (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les arrêts cités). En présence d'un état antérieur, ce n'est que si une sollicitation quotidienne aurait pu causer les mêmes dommages au même moment en raison de cet état que la causalité naturelle peut être niée (TF 9C_324/2020 du 5 février 2021 consid. 3).

f) L'art. 6 al. 3 LAA prévoit que l'assurance-accidents alloue ses prestations à l'assuré victime d'un accident pour les lésions causées lors du traitement médical pris en charge au titre de l'art. 10 LAA. Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assurance-accidents, qui exerce un contrôle sur le traitement (art. 48 LAA). Le corollaire en est que l'assurance-accidents supporte les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident ou résulte d'une violation des règles de l'art par le médecin traitant. L'ouverture du droit aux prestations implique toutefois un rapport de causalité naturelle et adéquate entre la lésion constatée et le

traitement médical des suites de l'accident (TF 8C_883/2012 du 24 octobre 2013 consid. 2.3).

4. a) En l'occurrence, R._____ s'est prévalu de l'existence d'un état antérieur sur la dent 36, en raison duquel elle a limité sa prise en charge à la réparation en composite pour un montant de 384 fr. 40 (cf. prise de position du 22 octobre 2018 et décision du 6 mars 2019). Elle a relevé que cette dent était réparée à l'aide d'une restauration en amalgame relativement étendue avant l'accident, de sorte qu'elle était plus fragile et moins résistante mécaniquement parlant, donc plus à risque de se fracturer par rapport à une dent intacte. La photographie à disposition montrait en outre l'existence de fissures, visibles sur la paroi distale et présentes aussi probablement sur la face vestibulaire, lesquelles pouvaient, suite aux forces masticatoires, se propager dans les tissus dentaires durs et entraîner une fracture de la dent, dite fracture de fatigue. Un tel risque était avéré et certain en l'occurrence puisque les fissures visibles étaient infiltrées, donc anciennes, et compte tenu de la localisation de la dent. R._____ a ainsi estimé que l'état antérieur de la dent avait joué un rôle important dans la survenance du dommage.

De son côté, le recourant a produit une attestation de son médecin-dentiste du 9 juin 2019 qui confirmait que la dent 36 était suffisamment saine et solide, qu'elle remplissait normalement sa fonction avant l'accident, qu'elle n'aurait pas nécessité de traitement dans des conditions normales et qu'il n'y avait pas d'évolution de fêlures depuis plusieurs années.

Il faut constater que s'il existait un état antérieur, l'intimée n'établit pas que la dent 36 aurait cassé par le fait d'une sollicitation quotidienne. Il ressort au contraire de l'attestation du Dr M._____ que cette dent remplissait tout à fait sa fonction normale avant l'accident. Dans ces conditions, c'est à juste titre que R._____, sur recommandation de son médecin-dentiste conseil, a admis la prise en charge du cas.

b) Dans sa décision et sa décision sur opposition, R. _____ semble faire un lien entre l'existence d'un état antérieur et la prise en charge partielle du cas. Cela n'est toutefois pas admissible. L'assureur accidents est en effet tenu de prendre en charge l'ensemble des soins et frais nécessaires, lesquels ne peuvent pas être réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident, selon l'art. 36 LAA. Dans la mesure où, comme vu ci-dessus, les suites de l'événement accidentel du 14 août 2018 incombaient à l'intimée, celle-ci devait prendre en charge le traitement approprié de la lésion dentaire, en application de l'art. 10 al. 1 let. a LAA.

c) Il ressort du dossier, et en particulier du rapport du Dr M. _____ du 8 octobre 2020, que lors de la préparation de la dent en vue du traitement, une autre partie de cette dent s'est cassée. Le médecin-dentiste traitant explique qu'au moment de la dépose de l'ancienne obturation en amalgame, la cuspside disto-vestibulaire s'est brisée, ce qui pouvait arriver de manière peu prévisible, d'autant plus sur une dent présentant des fissures. Dans la mesure où cette lésion est intervenue au cours du traitement médical de la fracture de dent découlant des suites de l'accident, il appartient à R. _____, en vertu de l'art. 6 al. 3 LAA, de prendre également en charge le traitement de cette lésion supplémentaire. Le Dr L. _____ ne s'y oppose d'ailleurs pas, admettant la prise en charge du traitement pour la totalité de la partie cassée, mais en technique directe uniquement (cf. prise de position du 27 novembre 2020 p. 2).

5. a) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir notamment au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a).

b) Sous le titre « Limites du traitement », l'art. 54 LAA prévoit que lorsqu'ils soignent des assurés, leur prescrivent ou leur fournissent des médicaments, prescrivent ou appliquent un traitement ou font des

analyses, ceux qui pratiquent aux frais de l'assurance-accidents doivent se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement.

c) Les prestations pour soins sont des prestations en nature fournies par l'assureur-accidents. Ce dernier exerce un contrôle sur le traitement en cours qu'il garantit à l'assuré à titre de prestation en nature. Ce contrôle ne s'exerce pas directement à l'endroit du patient, mais à l'égard du médecin traitant. L'indemnisation a lieu selon le système du tiers payant. Dans une certaine mesure, les fournisseurs de prestations se trouvent dans une situation de dépendance à l'égard de l'assureur LAA. La responsabilité ultime pour le traitement appartient à l'assureur et c'est auprès de lui, en principe tout au moins, qu'ils doivent demander l'autorisation de prendre les mesures qui leur paraissent indiquées pour le traitement du patient (ATF 136 V 141 consid. 4.2 ; 134 V 189 consid. 3.2 et 3.3, et les références citées).

Le fait que l'assurance-accidents est fondée sur le principe des prestations de soins en nature - où l'assureur est censé fournir lui-même le traitement médical, même s'il le fait par l'intermédiaire d'un médecin ou d'un hôpital - implique que les médecins et autres fournisseurs soient tenus de communiquer à l'assureur les données médicales indispensables. Ainsi, l'art. 54a LAA prévoit que le fournisseur de prestations remet à l'assureur une facture détaillée et compréhensible ; il lui transmet également toutes les indications nécessaires pour qu'il puisse se prononcer sur le droit à prestations et vérifier le calcul de la rémunération et le caractère économique de la prestation (ATF 136 V 141 consid. 4.2 ; 134 V 189 consid. 3.2). L'omission du fournisseur de prestations d'informer l'assureur LAA des éventuelles mesures prises en urgence ou des mesures qu'il entend mettre en œuvre peut conduire à la réduction, voire à la perte de la créance d'honoraires vis-à-vis de l'assureur (ATF 136 V 141 consid. 4.5 in fine).

6. En l'occurrence, le Dr M. _____ a procédé aux premiers soins en date du 20 août 2018 et, par courrier du même jour, a fait parvenir à R. _____ son estimation d'honoraires pour la pose d'un onlay à 3 faces. Il

a ensuite réalisé les soins en question en date des 12 et 19 septembre 2018, comme cela ressort de la facture d'honoraires, d'un montant de 1'289 fr. 50, qu'il a fait parvenir à R._____ le 28 septembre 2018. Après avoir sollicité davantage d'informations auprès du Dr M._____, R._____ a fait savoir, le 22 octobre 2018, qu'il limitait sa prise en charge à une réparation en composite, à savoir à 384 fr. 40, d'abord en se prévalant de l'existence d'un état antérieur, puis, dans sa décision du 6 mars 2019, en invoquant le caractère plus économique d'une réparation directement en bouche.

Si les litiges entre fournisseurs de prestations et assureurs-accidents concernant les limites du traitement selon l'art. 54 LAA relèvent du tribunal arbitral (art. 57 LAA ; ATF 136 V 141 consid. 4.3), il est en l'occurrence question du droit du recourant à un traitement approprié des lésions découlant de l'accident selon l'art. 10 al. 1 LAA, singulièrement de la prise en charge par R._____ du traitement qui lui a été prodigué par le Dr M._____, question que la Cour de céans est compétente pour examiner (Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2012, p. 233 in fine ; cf. également TF U 404/06 du 23 mars 2007 consid. 5.2). R._____ considère que seuls les coûts d'une réparation en technique directe sont à sa charge, celle-ci étant plus économique. De son côté, le recourant soutient, sur la base des rapports de son dentiste traitant, qu'une réparation en technique directe n'aurait pas été appropriée dans son cas.

7. a) Le droit au traitement ne comprend pas toutes les mesures médicales imaginables mais uniquement celles qui, par des moyens adéquats, sont nécessaires à la guérison de l'atteinte à la santé. Il s'ensuit que lesdites mesures doivent, suivant l'art. 54 LAA, se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement (ATF 136 V 141 consid. 4.1 ; 109 V 43, consid. 2a). L'art. 67 OLAA précise que les assureurs garantissent aux assurés des soins suffisants, de qualité et appropriés, au coût le plus avantageux possible (al. 1). Le traitement et les moyens auxiliaires sont appropriés lorsque, en fonction des circonstances concrètes du cas

d'espèce, ils sont adéquats et propres à atteindre le but légal dans un rapport coût-bénéfice raisonnable (al. 2).

Le traitement doit non seulement être approprié, c'est-à-dire adéquat, mais également économique et efficace, comme cela est également le cas en matière d'assurance-maladie selon l'art. 32 LAMal, dont il y a lieu de s'inspirer de la jurisprudence (Frésard/Moser-Szeless, in : Ulrich Meyer [éd.], Soziale Sicherheit/Sécurité sociale, 3^e éd., Bâle 2016, L'assurance-accidents obligatoire, ch. 198 et 647 ; Kurt Pärli/Laura Kunz in : Frésard-Fellay, Leuzinger, Pärli [éd.], Unfallversicherungsgesetz, Bâle 2019, n° 10 ad art. 54 ; Thomas Gächter/Sarah Hack-Leoni, in : Marc Hürzeler/Ueli Kieser [éd.], UVG Bundesgesetz über die Unfallversicherung, Berne 2018, n^{os} 1 et 2 ad art. 54).

aa) Une prestation est efficace lorsqu'il est démontré selon des méthodes scientifiques qu'elle permet d'obtenir le résultat diagnostique ou thérapeutique recherché (ATF 145 V 116 consid. 3.2.1 ; 139 V 135 consid. 4.4.1).

bb) L'adéquation d'une mesure s'examine sur la base de critères médicaux. L'examen consiste à évaluer, en se fondant sur une analyse prospective de la situation, la somme des effets positifs de la mesure envisagée et de la comparer avec les effets positifs de mesures alternatives ou avec la solution consistant à renoncer à toute mesure. Est appropriée la mesure qui présente, compte tenu des risques existants, le meilleur bilan diagnostique ou thérapeutique (ATF 145 V 116 consid. 3.2.2 ; 139 V 135 consid. 4.4.2). La question de l'adéquation se confond normalement avec celle de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, il convient d'admettre que l'exigence du caractère approprié de la mesure est réalisée (ATF 139 V 135 loc. cit.).

cc) Le critère de l'économicité intervient lorsqu'il existe, dans le cas particulier, plusieurs alternatives diagnostiques ou thérapeutiques appropriées. Il y a alors lieu de procéder à une balance entre les coûts et bénéfices de chaque mesure. Si l'une d'entre elles permet d'arriver au but

recherché en étant sensiblement meilleur marché que les autres, l'assuré n'a pas droit au remboursement des frais de la mesure la plus onéreuse. Le prestataire de soins doit limiter ses prestations à ce qui est indiqué dans l'intérêt du patient et nécessaire à la réussite du traitement (ATF 145 V 116 consid. 3.2.3).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

8. En l'occurrence, R._____ estime, sur la base des avis de son médecin-dentiste conseil, que le traitement prodigué au recourant par le Dr M._____ n'est pas économique du fait qu'il aurait pu procéder à une réparation directe en bouche, sans passer par la confection d'une pièce prothétique en laboratoire. Le recourant et son médecin-dentiste traitant sont d'avis qu'une telle réparation directe en bouche n'aurait pas été appropriée.

Dans ses rapports, notamment ceux des 1^{er} octobre 2019 et 22 avril 2020, le Dr M. _____ a justifié le choix de la restauration effectuée, à savoir une obturation indirecte (onlay céramique), par le fait que le volume cassé était important, à savoir la moitié de la face linguale de la dent, et ne permettait pas, selon son expérience, de réaliser une obturation en technique directe qui permette d'assurer une fonction masticatoire correcte et d'obtenir un point de contact avec la dent postérieure satisfaisant afin d'éviter les tassements alimentaires et les récurrences de caries. Il a par ailleurs relevé la difficulté d'obtenir une forme parfaitement anatomique avec la technique directe et précisé que trois faces de la dent étaient touchées (occlusale, distale et linguale).

Il a annexé à son rapport du 1^{er} octobre 2019 une photographie du moulage de la dent cassée avant restauration avec une matrice qui sert à réaliser les obturations en techniques directes, faisant remarquer la mauvaise qualité d'adaptation de la matrice sur le tour de la dent et au niveau du point de contact, malgré l'utilisation de matrices dites anatomiques. Sur cette question, le Dr L. _____ a répliqué qu'il aurait été possible de reconstruire la paroi linguale de la dent à l'aide d'une matrice fine ou ultra fine de « type Hawe matrice », puis la paroi distale à l'aide d'une matrice bombée, telle que montrée sur les photos, et enfin de procéder à la réparation de la face occlusale (rapport du 14 novembre 2019).

Dans ses rapports des 8 octobre 2020 et 27 janvier 2021, le Dr M. _____ a affirmé qu'il n'aurait pas été en mesure de restaurer correctement, selon ses critères de qualité et ses objectifs de résultats, la dent du recourant en technique directe. Il a en outre mentionné qu'un défaut des restaurations en techniques directes était la contraction du matériau lors de la polymérisation qui conduisait à une perte d'étanchéité au niveau de l'interface entre le tissu dentaire et le composite, ce qui était à l'origine de récurrences de caries. Le Dr L. _____ a répondu à cet argument le 27 novembre 2020, en indiquant qu'avec une mise en forme adéquate du matériau, les effets secondaires de la contraction lors de la polymérisation pouvaient être minimisés et devenaient cliniquement

acceptables, faisant par ailleurs remarquer qu'il se basait sur une documentation plus récente.

Le Dr L._____ considère qu'il est tout à fait possible de réparer un dégât dentaire tel que celui présenté par le recourant en technique directe. Il ne répond toutefois pas explicitement aux arguments avancés par le Dr M._____ en lien avec la fonction masticatoire, le point de contact avec la dent postérieure et la difficulté d'obtenir une forme parfaitement anatomique.

En ce qui concerne l'importance du volume cassé, dans sa prise de position du 14 novembre 2019, le Dr L._____ admet que l'on est en présence d'une obturation à trois faces et non à deux faces comme il l'avait dans un premier temps retenu et modifie ainsi le montant de la prise en charge partielle, proposant d'appliquer la position tarifaire 4547. Dans son rapport du 12 mars 2020, il insiste sur le fait que le choix de la technique de restauration ne se limite pas à la seule étendue de la lésion. Il ne précise toutefois pas pour quelles raisons, dans le cas du recourant, il considère qu'une restauration par technique directe en une seule séance est possible, alors même qu'il admet que selon l'étendue de la lésion dentaire, il arrive que le médecin dentiste doive prendre plus de temps, à savoir deux séances, pour réaliser une réparation en technique directe. Dans sa prise de position du 16 septembre 2020, il indique que la dent 36 du recourant présente une fracture d'une seule cuspide, que ce dommage ne représente pas une lésion étendue et complexe et qu'elle pouvait donc être réparée en une seule séance et en technique directe. Ce faisant, il omet de tenir compte du fait qu'une deuxième cuspide s'est cassée lors de la dépose de l'ancienne obturation par le Dr M._____, lésion qui est également à la charge de l'assureur-accidents comme vu ci-dessus (cf. consid. 4c). Après avoir été rendu attentif à cela, le Dr L._____ a maintenu sa position en date du 27 novembre 2020, sans toutefois expliquer pour quelles raisons une réparation en technique directe était appropriée, de surcroît en une seule séance, malgré l'étendue de la lésion. Il faut par ailleurs constater qu'il aurait pu et dû se rendre compte de l'étendue de la fracture, ainsi que du fait que deux cuspides sont

manquantes, sur la base des photographies transmises par le Dr M. _____ le 1^{er} octobre 2019.

Le 10 avril 2019, le Dr L. _____ a produit deux articles de revue auxquels il se rapporte pour affirmer qu'il est tout aussi efficace de réaliser une restauration en composite directement en bouche plutôt que de la réaliser à l'aide du laboratoire, et que ces restaurations sont fiables et pérennes. Dans son rapport du 14 novembre 2019, il se réfère en outre à l'article « Réalités cliniques » produit par le recourant, qui mentionne que l'évolution des composites permet de repousser les limites en matière de restaurations directes. Cependant, à aucun moment, le Dr L. _____ ne se prononce de manière précise sur la situation du recourant, ni n'expose pour quels motifs il admet la faisabilité de la restauration en technique directe dans la situation concrète du recourant.

En lien avec l'article précité, le Dr L. _____ souligne que le recourant a mal interprété la figure n°1 de cet article, précisant qu'elle porte sur le taux de survie en fonction de la charge, respectivement des contraintes exercées, et non pas en fonction du temps. Néanmoins, il ne dit rien à propos précisément de la différence révélée par cette figure entre une réparation en technique directe versus indirecte pour une molaire dont deux cuspides sont manquantes, comme c'est le cas chez le recourant.

Force est de constater que les prises de position du Dr L. _____ ne permettent pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'une réparation en technique directe aurait constitué, dans le cas du recourant, un traitement approprié de la fracture dentaire. Le médecin conseil admet en revanche que la réparation en technique indirecte à laquelle a procédé le Dr M. _____ était appropriée (cf. rapport du 4 mars 2019 p. 2). Dans la mesure où R. _____ n'a pas rendu vraisemblable qu'une réparation en technique directe constituait une alternative thérapeutique appropriée, elle ne saurait se prévaloir du caractère plus économique d'une telle restauration pour limiter sa prise en charge. Il lui appartient par conséquent de prendre en charge la totalité

des frais de restauration par technique indirecte, à laquelle le Dr M. _____ a procédé. Ces frais n'apparaissent en outre pas manifestement trop coûteux au regard du principe de proportionnalité, mais s'inscrivent au contraire dans un rapport coût-bénéfice raisonnable.

9. a) Le recours doit par conséquent être admis.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 83 LPGA).

c) Obtenant gain de cause, le recourant a droit à l'octroi d'une indemnité de partie, bien que non représenté. En effet, il a déployé des efforts dans le cadre de la présente procédure qui dépassent ce que tout un chacun consacre à la gestion courante de ses affaires personnelles, à savoir six écritures envoyées en courrier recommandé et cinq rapports médicaux de son médecin-dentiste traitant (ATF 127 V 205 consid. 4b). Il convient d'arrêter cette indemnité à 300 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 la mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

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

I. Le recours est admis.

II. La décision sur opposition du 8 mai 2019 rendue par R. _____ est réformée en ce sens que R. _____ est tenue de prendre en charge les frais de restauration en technique indirecte de la fracture de la dent 36 d'B. _____, selon la note d'honoraires établie par le Dr M. _____ le 28 septembre 2018.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. R._____ versera à B._____ la somme de 300 fr. (trois cents francs) à titre de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- M. B. _____,
- R. _____,
- 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 :