



**POUVOIR JUDICIAIRE  
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG  
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC  
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 630, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00  
tribunalcantonal@fr.ch  
www.fr.ch/tc

608 2019 236

## **Arrêt du 15 octobre 2020**

### **II<sup>e</sup> Cour des assurances sociales**

#### **Composition**

Président : Johannes Frölicher  
Juges : Anne-Sophie Peyraud, Marc Sugnaux  
Greffier-rapporteur : David Jodry

#### **Parties**

**A. \_\_\_\_\_, recourant,**

contre

**CSS ASSURANCE-MALADIE SA, autorité intimée**

#### **Objet**

Assurance-maladie

Recours du 3 septembre 2019 contre la décision sur opposition du 5 juillet 2019

## considérant en fait

A. A. \_\_\_\_\_, né en 1982, est assuré auprès de CSS Assurance-maladie SA (ci-après: l'assureur) pour l'assurance obligatoire des soins (ci-après: AOS).

En 1993, il a subi une lésion accidentelle aux dents de devant 21 et 22, abîmées et soignées provisoirement dans l'attente du traitement définitif à l'âge adulte, qui eut lieu en 2001. Les coûts furent pris en charge par l'assurance scolaire contre les accidents concernée.

En 2014-2015, de nouveaux traitements sont intervenus, du fait en particulier d'une lésion apicale regio 21. L'assureur a supporté leur coût comme suite de l'accident eu égard à la lésion précitée. Les soins apportés comprenaient notamment la pose d'un implant regio 21 avec couronne céramo-métallique (CCM) et celle d'une couronne zircone sur la dent 22.

B. Le 9 janvier 2018, le centre dentaire concerné a complété un nouveau formulaire "lésions dentaires selon la LAMal", pour une atteinte annoncée comme suite de l'accident de 1993. Le médecin traitant indiquait que la couronne sur la dent 22 était descellée et que le bord de pilier de la dent était cassé et carié. Le traitement définitif proposé devait consister en l'extraction de la dent 22 et la pose d'un implant avec couronne. L'estimation d'honoraires s'élevait à CHF 6'797.30.

Conformément à l'appréciation de son médecin-conseil du 14 avril 2018, l'assureur a retenu, le 23 avril 2018, que la carie annoncée sur la dent 22 rompait la causalité entre l'accident de 1993 et le traitement demandé en 2018, dont il refusait dès lors la prise en charge.

Le centre dentaire a contesté cela le 27 avril 2018, indiquant que le patient avait une bonne hygiène bucco-dentaire et était suivi régulièrement par une hygiéniste. Il était expliqué que le 4 janvier 2018, l'assuré s'était présenté en urgence avec la couronne 22 descellée, et une fracture de cette dent avait alors été constatée, associée à une carie. La couronne 22 a été scellée à nouveau et les deux couronnes des dents 21 et 22 étaient bien adaptées au niveau des gencives. L'atteinte à la dent 22 nécessitait son extraction et son remplacement par un implant et une couronne. Tout cela représentait une séquelle tardive ou une suite de l'accident, et devait être pris en charge par l'assureur.

Le 12 juillet 2018, après recommandation du médecin-conseil du 28 juin 2018, l'assureur a relevé que l'assuré s'était présenté avec la couronne 22 descellée associée à une carie, laquelle rompait la relation de causalité avec l'accident de 1993, étant une pathologie évitable qui a contribué à la faiblesse de la dent.

L'assuré a contesté ces prises de position le 12 novembre 2018. Un rapport dressé par le médecin-conseil a été adressé à l'assuré le 27 février 2019.

Par décision du 6 mars 2019, l'assureur a refusé la prise en charge des soins dentaires litigieux. L'assuré s'y est opposé le 4 avril 2019. Faisant suite à son téléphone du 13 juin 2019, un nouveau rapport du médecin-conseil a été établi, le 25 juin 2019, portant sur la problématique carieuse relativement à une couronne.

Le 5 juillet 2019, l'assureur a rejeté l'opposition précitée et confirmé sa décision.

C. Contre cette décision sur opposition, l'assuré recourt auprès du Tribunal de céans, le 3 septembre 2019, concluant à la prise en charge par l'assureur du traitement. Selon lui, il n'y a pas rupture du lien de causalité entre l'accident de 1993 et le traitement nécessaire aujourd'hui, qui aurait de toute manière dû être effectué. Par conséquent, il y a manifestement une vraisemblance prépondérante suffisante que la carie de la dent 22 est une conséquence supplémentaire de l'accident de 1993, non l'origine du problème de descellement et tombe donc sous le coup de l'art. 31 LAMal.

D. Dans ses observations du 25 octobre 2019, l'assureur conclut au rejet du recours dans toutes ses conclusions, sans frais ni dépens. Pour lui, au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en droit des assurances sociales, la cause du descellement de la couronne de la dent 22 est la lésion carieuse, pathologie évitable, cause qui ne tombe pas sous le coup de l'art. 31 de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10).

Pour autant que cela soit utile à la solution du litige, il sera fait état, dans les considérants en droit du présent arrêt, des arguments développés par les parties à l'appui de leurs conclusions.

## **en droit**

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales par un assuré directement touché par la décision attaquée, le recours est recevable.

2.

2.1. A teneur de l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires: s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (let. a), ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (b), ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (c); conformément à l'al. 2, elle prend aussi en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1a al. 2 let. b.

Ce n'est que lorsque sont réalisées les conditions d'une des éventualités précitées de l'art. 31 al. 1 LAMal que l'AOS intervient pour des soins dentaires (cf. ATF 127 V 328 consid. 2).

La liste des affections figurant aux art. 17 à 19a de l'ordonnance du 29 septembre 1995 du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS; RS 832.112.31), qui se rapporte à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 let. a à c LAMal, est limitative, exhaustive (cf. arrêt TF 9C\_725/2017 du 28 mars 2018 consid. 2 et les réf.).

Le législateur a voulu assurer la prise en charge de traitements dentaires dans les cas de maladies graves, à l'exclusion des caries et des traitements de la parodontite, considérés comme des affections évitables, en grande partie tout au moins, par une hygiène buccale irréprochable (cf. ATF 124 V 346 consid. 3 bb); en d'autres termes, une atteinte est objectivement inévitable si elle ne peut être prévenue par une hygiène buccale suffisante. Le caractère non évitable suppose

une hygiène buccale suffisante au regard des connaissances odontologiques actuelles, ce qui implique des soins usuels et quotidiens, tels que le nettoyage des dents, le contrôle personnel de l'évolution de sa santé buccale, les visites régulières chez le dentiste de même que chez l'hygiéniste; une personne assurée qui, en raison de sa constitution, de maladies dont elle a souffert ou de traitements qu'elle a suivis, présente une sensibilité accrue aux affections dentaires, ne peut se contenter d'une hygiène buccale usuelle (cf. ATF 128 V 59 consid. 4 et 6d; pour des circonstances amenant exceptionnellement à retenir un caractère à des caries, cf. consid. 6a).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Savoir si un tel lien existe est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas en effet que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ou probable (cf. ATF 126 V 319 consid. 4b et 5a).

2.2. En droit des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve: en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3 et réf. cit.).

Selon l'art. 43 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par renvoi de l'art. 1 LAMal, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. A teneur de l'art. 57 al. 4 LAMal, le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies.

Dans la conduite de la procédure administrative, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

2.3. Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, il 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 (ATF 125 V 351).

S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié.

2.4. Dans ce domaine, le juge 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. 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 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C\_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). 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).

3. Est litigieuse en l'espèce, la prise en charge par l'AOS du traitement de la dent 22 ensuite de l'atteinte observée début janvier 2018.

3.1. Pour la Cour, il ne peut être retenu que le coût des soins dentaires en cause doit exceptionnellement être pris en charge par l'AOS parce que ces derniers auraient été occasionnés par une maladie grave autre que celle du système de la mastication (cf. art. 31 al. 1 let. b LAMal et la liste exhaustive figurant à l'art. 18 OPAS), pas davantage qu'on ne peut retenir que les soins en cause sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (cf. art. 31 al. 1 let. c LAMal et art. 19 OPAS). Aucune allégation en ce sens n'a au demeurant été faite par les médecins traitants. Le dossier ne justifie pas non plus de retenir l'une ou l'autre de ces hypothèses.

Quant à une telle prise en charge du fait des art. 31 al. 1 let. a LAMal et 17 OPAS, ceci: Si des soins dentaires peuvent être nécessaire à un assuré qui ne peut pas accomplir de façon satisfaisante des fonctions essentielles comme broyer, mordre, mastiquer et articuler, pour autant, leur prise en charge par l'AOS fondée sur l'art. 31 al. 1 let. a LAMal n'aura pas lieu chaque fois qu'il y a atteinte d'une certaine ampleur mais seulement (conditionnalité; atteinte qualifiée, rendant la notion de maladie plus restrictive que celle valable généralement dans l'assurance-maladie sociale, cf. ATF 129 V 275 consid. 4.2) en cas de maladie grave du système de la mastication, selon la liste exhaustive de l'art. 17 OPAS (cf. ATF 125 V 16 consid. 3a), d'une part, et si l'affection ainsi que ses effets délétères sur ledit système n'étaient pas évitables, d'autre part. Or, en l'espèce, aucun médecin n'a fait état d'une affection grave, figurant à l'art. 17 OPAS, et rien dans le dossier ne permet de la retenir. Qu'elle soit évitable ou non, l'on n'est donc pas en présence d'une quelconque affection grave du système de mastication au sens des dispositions topiques (cf. ATF 127 V 328 consid. 5a).

On rappellera de surcroît que ni parodontites, ni caries ne sont en principe à la charge de l'AOS. En l'espèce, aucun médecin n'a au reste jamais soutenu, à tout le moins pas expressément, que la carie de la dent 22 était *objectivement* inévitable (et grave, relativement au système de mastication), et pour quel motif. La Cour observe au demeurant ce qui suit, au vu notamment de la fiche médicale de l'assuré (cf. pièces 20/4 de l'assureur):

En 2014, l'hygiène est qualifiée de moyenne, avec de la plaque interdentaire+, du tartre 3-3, et une gingivite; une suspicion d'atteinte palatine à la dent 22 est relevée; un traitement antibiotique est proposé ultérieurement, la poche, avec saignement existant toujours alors; la motivation de l'assuré pour ses soins dentaires est moyenne à bonne. En 2015, une hygiène dentaire bonne est

constatée, avec cependant de la plaque interdentaire au niveau des prémolaires et molaires supérieures, sans tartre; la motivation est bonne. En 2016, l'hygiène est bonne, avec peu de plaque et de tartre 3-3, et une bonne motivation; toutefois, un suivi semestriel est proposé par l'hygiéniste, et non seulement annuel, ce que refuse le patient. On ignore ce qui intervint en juin 2017, l'inscription n'étant pas lisible hormis la mention "Diverses" et des initiales qui semblent être celles de l'hygiéniste. En revanche, au CT recall du médecin-dentiste de janvier 2018, soit au temps où survint le descellement de la couronne 22, l'hygiène est qualifiée de moyenne uniquement. Et lors du contrôle par l'hygiéniste de juin 2018, il y a peu de tartre, mais de la plaque; des atteintes (poches) sont mentionnées aux dents 32 3, 36/37 et 46/47. Lors de ces divers contrôles de l'hygiéniste, des techniques de brossage seront répétées, et du matériel (brosse, brossettes) fourni; cela témoigne, comme de la proposition d'un contrôle semestriel, d'une certaine nécessité pour le patient d'améliorer ses soins bucco-dentaires. Ce que confirment, sur toute la période de 2014 à 2018, la présence et/ou la suspicion d'atteintes de caries et de parodontite (poches, ...) à de nombreuses dents, et pas uniquement à celles touchées par l'accident de 1993. Ont été ainsi concernées par des caries, en environ quatre ans, les dents 17, 22, 27 (une poche entre les dents 26 et 27 avait en outre été constatée), 36, 37, 46 et 47. En janvier 2018 encore, les dents 22, 36 et 37 sont cariées, et des suspicions d'atteinte aux dents 13, 16, 26, 32, et 46 sont mentionnées. L'amalgame des dents 46 et 37 posé antérieurement est infiltré, le traitement des caries 36 et 37, d'une durée prévisible de 1h30', a lieu fin janvier 2018.

C'est ainsi avec une certaine réserve qu'il y a lieu d'accueillir l'assertion d'une bonne hygiène bucco-dentaire (en sus d'un suivi régulier par une hygiéniste) figurant dans l'avis médical ("opposition") du 27 avril 2018, mais non répétée dans celui du 26 août 2019, et dans l'attestation de l'hygiéniste dentaire, du 26 août 2019, selon laquelle à chaque consultation annuelle, depuis cinq ans, le patient présenterait peu de plaque et de tartre. Pour la Cour, il est douteux que l'hygiène bucco-dentaire de l'assuré était suffisante au sens de la jurisprudence. Elle ne l'était manifestement pas pour les dents non concernées par l'accident de 1993, ce qui a entraîné des caries et atteintes parodontales pourtant évitables. Et dans ce contexte d'hygiène imparfaite quant aux soins et suivi requis pour des dents sans particularité, rien n'accrédite le fait que, pour les dents 21 et 22, pour lesquelles était, en plus, exigibles, du fait de l'accident de 1993 et du traitement intervenu en 2014-2015, un surcroît régulier d'attention et une hygiène irréprochable constante, cette dernière fut acquise. A cet égard, on peut se référer à l'avis du médecin-conseil, du 25 juin 2019 (cf. pce 28 de l'assureur), à teneur duquel, parmi les causes d'échecs biologiques de couronnes dentaires figurent notamment les caries et la parodontite, la carie, cause numéro 1 d'un tel échec, entraînant, lorsqu'elle est marginale, une perte de tissus dentaires durs; de manière générale, un régime pauvre en sucre et des soins appropriés préviennent pourtant l'apparition de la carie. Or, toujours selon le médecin-conseil, en janvier 2018, la dent 21 présentait une péri-implantite, et la dent 22, une carie, ce qui, pour le Tribunal, ne témoigne nullement d'une hygiène bucco-dentaires adéquate. Etant souligné que les médecins et l'hygiéniste traitants n'ont pas soutenu, contrairement à l'assuré, que la couronne 22 empêchait les soins dentaires réguliers appropriés à apporter à la dent.

Au vu de tout ce qui précède, une prise en charge des frais de traitement de la dent 22 ne saurait être fondée sur l'art. 31 al. 1 LAMal.

3.2. Reste dès lors à examiner si la prise en charge des soins peut être réclamée de l'assureur sur la base de l'art. 31 al. 2 LAMal, et donc si l'on est en présence de lésions du système de la mastication causées par un accident, dont l'AOS devrait supporter le coût des traitements.

Pour la Cour, peut demeurer ouvert le point de savoir si au moment déterminant du traitement, l'assuré était au bénéfice d'une assurance-accidents de sorte que l'obligation, subsidiaire, de prêter de l'assureur devrait être niée. A noter également qu'aucun accident autre que celui de 1993 n'a été annoncé relativement à l'atteinte observée début janvier 2018.

Dans ses différents avis (cf. not. ceux des 27 février et 25 juin 2019, pces 23 et 28 de l'assureur), le médecin-conseil a retenu le rôle majeur de la carie à la marge de la dent 22, considérant qu'elle a certainement entraîné un manque d'étanchéité à cet endroit, favorisant la rétention de plaque et l'extension de la carie, amenant une faiblesse du moignon et finalement le descellement de la couronne, de sorte que cette carie devait bien être considérée comme la cause de l'atteinte de 2018. Cette appréciation n'a jamais été battue en brèche par les médecins traitants, de façon expresse et motivée. Ceux-ci n'ont pas davantage remis en cause la progression manifeste de la maladie parodontale que, selon le médecin-conseil, les clichés de janvier 2018 montraient, ni soutenu que des soins (brossage, etc.) adéquats à la dent 22 étaient rendus impossibles du fait de la couronne. Ils n'ont aucunement expliqué en quoi la "carie visible sur la paroi de la dent" en 22 (cf. fiche médicale précitée) découlerait de l'accident de 1993, ni pourquoi le descellement de la couronne 22 observé en janvier 2018 et le traitement de cette dent prévu subséquemment seraient donc une séquelle tardive ou une suite de l'accident (cf. "opposition" du 27 avril 2018, pce 17/1).

En outre, le recourant ne peut être suivi lorsqu'il soutient que le traitement de 2018 de la dent 22 aurait de toute manière dû être effectué. D'une part, en 2014-2015, c'est un choix entre deux alternatives (définitives) qui a été opéré – cf. not. pce 7 de l'assureur: implant et couronne dent 21 et CCM sur dent 22, ou, option retenue, extraction et implant pour la dent 22 avec CCM pour la 21 en extension; il ne fut nullement dit que ces deux alternatives devraient tôt ou tard être effectuées toutes deux – elles apparaissent s'exclure d'ailleurs l'une l'autre, dans une certaine mesure.

En d'autres termes, le dossier médical ne laisse aucunement apparaître que du fait de l'accident de 1993, et malgré des soins d'hygiène bucco-dentaire adéquats ainsi que l'absence d'une carie, une extraction de la dent 22, puis la pose d'un implant et d'une couronne, auraient de toute manière été nécessaires quelque 25 ans plus tard. Ce n'est en tout état de cause pas ce qu'indiquent les médecins traitants le 26 août 2019: ils se bornent alors en effet uniquement à indiquer que le défaut d'étanchéité – le médecin-conseil est ainsi confirmé – constaté le 4 janvier 2018, donc *après* survenance de la carie, lorsque fut scellée à nouveau la couronne, impliquait que ce scellement n'était qu'une solution provisoire (cf. fiche médicale), ce que démontrèrent les descellements à répétition ultérieurs. Aucun élément autre que la carie et ses conséquences n'a ainsi jamais été rapporté comme ayant causé un affaiblissement de la dent 22 tel que la couronne existante ne pouvait, durablement, plus demeurer scellée dessus et que son extraction s'imposait dès lors.

Au vu du dossier et de tout ce qui précède, la Cour retient dès lors qu'au degré requis de la haute vraisemblance, respectivement, un lien de causalité entre l'accident de 1993 et le traitement litigieux de 2018 de la dent 22 doit être nié, la carie et ses conséquences ne constituant ainsi pas des séquelles tardives ou une rechute de cet accident. Le traitement litigieux ne doit ainsi pas être mis à la charge de l'assureur.

4. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition, confirmée.

Selon le principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il ne sera pas perçu de frais de justice.

**la Cour arrête :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- III. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 15 octobre 2020/djo

Le Président :

Le Greffier-rapporteur :