



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1294/2019

ATAS/380/2020

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 12 mai 2020**

**9<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Florine KÜNG

recourante

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA, sise  
Richtiplatz 1, WALLISELLEN, agissant par ALLIANZ SUISSE,  
Service juridique et sinistres complexes, avenue du Bouchet 12,  
GENÈVE

intimée

**Siégeant : Eleanor McGREGOR, Présidente; Maria COSTAL et Andres PEREZ, Juges  
assesseurs**

---

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1972, travaille depuis le 1<sup>er</sup> avril 2001 en qualité d'enseignante au service de B\_\_\_\_\_ de Genève (ci-après : l'employeur) à raison de neuf heures par semaine. À ce titre, elle est au bénéfice d'une assurance-accidents obligatoire pour les accidents professionnels et non professionnels que l'employeur a souscrite auprès d'Allianz suisse société d'assurances SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée).
2. Par déclaration d'accident du 8 octobre 2015, l'employeur a annoncé à l'assureur que l'assurée avait subi, le 1<sup>er</sup> mars 2015, un choc au niveau de la dent 11 (incisive centrale droite de la mâchoire supérieure) ; alors qu'elle se trouvait à la maison et préparait le repas de midi, la sonnerie du téléphone lui avait fait ouvrir brusquement la porte de la cuisine pour prendre l'appel. Ce faisant, elle avait heurté la porte avec la figure et ressenti une douleur à cette dent. Plus tard, la douleur s'était estompée et elle ne s'en était plus préoccupée. Elle avait toutefois constaté récemment que la dent touchée quelques mois plus tôt avait une coloration différente du reste de la dentition et que la douleur s'était réveillée, ce qui l'avait poussée à consulter la doctoresse C\_\_\_\_\_, médecin-dentiste.
3. Dans un rapport du 24 août 2015, adressé à CSS Assurance (ci-après : la caisse maladie de l'assurée), la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué avoir reçu l'assurée le 12 août 2015 pour une consultation en lien avec un accident remontant au 1<sup>er</sup> mars 2015 qu'elle a décrit de la manière suivante : « la patiente a reçu une porte d'armoire dans les dents. Elle a précisé que cet événement était à l'origine d'une « dent contusionnée (heurtée) » et qu'un traitement définitif ne pourrait probablement être envisagé qu'après une période d'observation, et en fonction de l'évolution de la dent 11 pour laquelle des tests de vitalité étaient prévus à 1 mois, 3 mois et 6 mois. Lors de cette première consultation, la Dresse C\_\_\_\_\_ avait procédé à un test de sensibilité, pris des photos et effectué des radiographies.
4. Les 24 août et 19 octobre 2015, la Dresse C\_\_\_\_\_ a établi des notes d'honoraires de CHF 176.70 (facture n° 5197), respectivement CHF 119.35 (facture n° 5648) en lien avec les prestations fournies à l'assurée.
5. Le 19 octobre 2015, la caisse maladie de l'assurée a invité la Dresse C\_\_\_\_\_ à transmettre le dossier de l'assurée à l'assureur-accidents compétent.
6. Par certificat du 21 octobre 2015, la Dresse C\_\_\_\_\_ a mentionné à l'attention de l'assureur que l'assurée s'était rendue compte du changement de teinte de la dent 11 à la mi-juillet 2015 et qu'elle ressentait également des douleurs dans le haut de la gencive, en regard de cette dent. Pour sa part, la Dresse C\_\_\_\_\_ avait constaté une oblitération pulpaire accélérée suite au traumatisme, avec une teinte plus foncée que celle des dents contiguës (21 et 12). Aussi, elle a posé le diagnostic d'oblitération pulpaire post-traumatique de la dent 11, précisant que la suite du traitement dépendrait de l'évolution du cas, singulièrement de l'apparition ou

---

non d'une nécrose (traitement chirurgical, voire réhabilitation prothétique dans la première éventualité, simple blanchiment externe de la dent dans la seconde).

7. Par pli du 20 janvier 2016, l'assureur a fait savoir à la Dresse C\_\_\_\_\_ que la position tarifaire 4000 de la facture n° 5197 devait être remplacée par le n° 4001, réduisant ainsi le montant pris en charge à CHF 145.70. Quant à la facture n° 5648, elle ne serait pas réglée, étant donné que les positions tarifaires y figurant étaient déjà comprises dans la facture n° 5197.
8. Le 26 janvier 2016, la Dresse C\_\_\_\_\_ a contesté la prise de position de l'assureur du 20 janvier 2016, justifié le bien-fondé des factures n° 5197 et 5648 et demandé la prise en charge de l'intégralité de ses honoraires pour la période d'observation en cours. Elle a précisé que le 1<sup>er</sup> mars 2015, l'assurée avait subi une subluxation de la dent 11 et qu'en raison d'une guérison défavorable et de symptômes cliniques qui s'aggravaient, celle-ci l'avait consultée le 12 août 2015 pour la première fois. À cette occasion, elle avait constaté, pour la dent 11, une différence marquée de couleur, un test de sensibilité au froid douteux et une différence de sensibilité à la palpation de la table vestibulaire et à la percussion de cette dent. L'examen radiologique avait confirmé une calcification de la chambre pulpaire et un discret élargissement du ligament parodontal à l'apex.
9. Le 16 mars 2016, la Dresse C\_\_\_\_\_ a informé l'assureur qu'elle avait constaté, le 16 février 2016, que la dent 41 devenait de plus en plus foncée lors d'un « test de vitalité +/- ». Lors du dernier contrôle, qui remontait au 10 mars 2016, elle avait testé une nouvelle fois la vitalité de cette dent. Compte tenu d'une teinte jaune beaucoup plus marquée, elle avait effectué une radiographie apicale. De l'avis de la Dresse C\_\_\_\_\_, la dent 41 avait subi, elle aussi, un choc le « 11 mars » (recte : 1<sup>er</sup> mars) 2015 et connu, à l'instar de la dent 11, une oblitération pulpaire accélérée. À part le changement de teinte marqué de la dent 41 et son absence de vitalité, il n'y avait pas d'autre symptomatologie pour l'instant. Aussi, la Dresse C\_\_\_\_\_ a joint à son envoi un nouveau formulaire LAMal, destiné à compléter celui du 24 août 2015 et à étendre la prise en charge du cas à la dent 41 dont l'atteinte représentait, selon elle, une conséquence tardive de l'accident du 1<sup>er</sup> mars 2015.
10. Par courrier du 2 mai 2016, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin-dentiste, a fait savoir à l'assureur – dont il était le médecin-conseil – qu'après analyse de la photo et des radiographies qui lui avaient été soumises, il était d'avis que le changement de teinte était consécutif non pas à une hémorragie interne, mais à une sclérose pulpaire. Ce dernier phénomène se retrouvait d'une façon encore plus flagrante sur la dent 41 dont on ne discernait même plus le canal. S'agissant de la dent 11, on constatait radiologiquement une oblitération pulpaire au niveau de la moitié du canal et une calcification marquée dans la chambre pulpaire. De toute évidence, ces scléroses étaient liées à un événement traumatique bien antérieur à cinq mois. En effet, une telle sclérose ne pouvait pas se développer en si peu de temps, a fortiori chez une personne âgée de plus de 40 ans. Il n'y avait donc pas de lien de causalité entre l'événement déclaré et le traitement proposé. Suite au courrier du 20 janvier

---

2016 de l'assureur à la Dresse C\_\_\_\_\_, un montant de CHF 145.70 avait été versé à cette dernière. Après examen des radiographies originales, le Dr D\_\_\_\_\_ était d'avis que ce paiement n'aurait pas dû être ordonné. Toutefois, à titre exceptionnel, « et pour clore cette affaire », il lui paraissait indiqué que l'assureur renonce au remboursement de cette somme.

11. Par communication du 7 juin 2016, intitulée « droit d'être entendu », l'assureur a fait savoir à l'assurée qu'il n'était pas tenu de lui verser des prestations. Se référant à l'avis du Dr D\_\_\_\_\_, il a précisé qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'événement déclaré et le traitement proposé par la Dresse C\_\_\_\_\_ et qu'en conséquence, ses prestations se limiteraient à la prise en charge des seules mesures diagnostiques (formulaire LAA, diagnostic pour les patients en urgence et radiographie dentaire) pour un total de CHF 114.70. Étant donné que l'assureur avait déjà réglé un montant plus élevé à la Dresse C\_\_\_\_\_ le 20 janvier 2016 (CHF 145.70), plus aucune prestation n'était due.
12. Le 3 juillet 2016, l'assurée a fait part de son désaccord avec ladite communication, requis la prise en charge de l'ensemble des notes d'honoraires de son médecin-dentiste traitant et, préalablement, la mise en œuvre d'une expertise. À l'appui de sa position, elle a relevé que le Dr D\_\_\_\_\_ reconnaissait que les dents 11 et 41 avaient subi un traumatisme et une oblitération pulpaire accélérée. Or, il ressortait d'une publication scientifique que la Dresse C\_\_\_\_\_ avait annexée à son envoi du 26 janvier 2016 que si une hémorragie pulpaire pouvait survenir directement après l'événement traumatique, l'oblitération pulpaire ou « sclérose » de la pulpe était un phénomène qui survenait plus tardivement, tout en étant la conséquence directe du traumatisme. Du reste, les radiographies transmises montraient que ce phénomène n'existait que sur les dents qui avaient subi le plus fortement le choc et non sur les dents voisines. Cela montrait qu'il ne s'agissait pas d'une évolution due au vieillissement naturel qui, si elle était donnée, aurait fait atteindre le même stade de sclérose à toutes les autres dents. Cela n'était toutefois pas le cas et les « tests au froid » réalisés par la Dresse C\_\_\_\_\_ le confirmaient. Étant donné qu'elle n'avait pas subi d'autres accidents dentaires et qu'elle bénéficiait d'une bonne santé bucco-dentaire générale, les séquelles qu'elle présentait étaient dues à l'événement accidentel du 1<sup>er</sup> mars 2015.
13. Par courrier du 23 janvier 2017, l'assureur a invité le docteur E\_\_\_\_\_, médecin-dentiste, à répondre à un questionnaire d'expertise qu'il avait préparé à son attention, sur la base du dossier médical et radiologique de l'assurée.
14. Dans un rapport d'expertise du 31 janvier 2017, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué qu'à la lumière du premier examen radiologique du 12 août 2015, la dent 11 présentait une oblitération canalaire, ce qui signifiait que le canal contenant le nerf de la dent n'était pratiquement plus visible en comparaison avec les dents adjacentes. Ce phénomène pouvait provenir soit d'une évolution physiologique liée à l'âge – cause qui ne concernait pas l'assurée vu son âge et l'état de ses autres dents, qui n'était pas touchées par le rétrécissement de la lumière canalaire – soit d'une évolution

réactionnelle / réparatrice face à une agression. Dans cette seconde hypothèse, on parlait de dégénérescence calcique (ou de sclérose de la pulpe). Cette dernière était constatée dans 4 à 24 % des traumatismes (type subluxation). La littérature ne décrivait pas de délai-type pour une sclérose pulpaire. Cependant, les études de sclérose pulpaire s'étendaient généralement sur plusieurs années. De plus, d'un point de vue histopathologique, la formation d'un tissu calcifié tel que le tissu dentaire était un processus long. Il était cependant indiqué dans la littérature qu'un choc violent pouvait accélérer le processus de sclérose. Dans le cas concret, on notait, cinq mois après le choc frontal du 1<sup>er</sup> mars 2015, une disparition pulpaire à plus de 90 % sur la dent 11. Même si l'on avait affaire à une évolution de type réactionnelle / réparatrice suite au choc (subluxation) sur la dent, il paraissait très peu probable que la péjoration de l'état des dents ait pu être induite par l'accident du 1<sup>er</sup> mars 2015 dès lors que la dégénérescence calcique ou sclérose de la pulpe était constatée dans moins de 25 % des cas suite à un choc, que la pulpe avait quasiment disparu en seulement cinq mois, que l'assurée n'avait pas consulté de dentiste ni fait de radiographie immédiatement après l'accident (ce qui était un signe de la faible gravité du choc) et que la sclérose avait très faiblement évolué entre le 12 août 2015 et le 26 janvier 2016.

Compte tenu de ces éléments, l'état des dents de l'assurée ne pouvait être considéré comme une conséquence naturelle de l'accident du 1<sup>er</sup> mars 2015 mais résultait d'une cause antérieure à celui-ci, telle qu'un choc, une « parafonction » ou un traitement orthodontique. Au vu de la pathologie, l'accident n'avait pas aggravé le problème mais tout au plus accéléré le processus de calcification.

Le traitement proposé par la Dresse C\_\_\_\_\_ semblait approprié. Une observation sur plusieurs années était nécessaire afin d'éviter le risque de nécrose infectieuse. Concernant l'aspect esthétique, un blanchiment externe serait à réaliser et, en cas d'échec de cette mesure, une facette céramique.

Dans ses remarques conclusives, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué qu'au vu de la très faible probabilité que l'accident du 1<sup>er</sup> mars 2015 soit la cause de la sclérose de la pulpe, seules des radiographies – pratiquées dans un intervalle de deux ans avant cet événement, respectivement un mois après celui-ci – permettraient de prouver un lien de causalité entre l'accident et la sclérose de la pulpe.

15. Le 14 mars 2017, l'assureur a transmis à l'assurée une copie du rapport d'expertise du Dr E\_\_\_\_\_ ainsi qu'une décision datée du même jour, confirmant la communication du 7 juin 2016 sur la base des conclusions du Dr E\_\_\_\_\_. Étant donné que la causalité naturelle entre l'état des dents 11 et 41 d'une part, et l'accident du 1<sup>er</sup> mars 2015 d'autre part, n'était pas prouvée, la prise en charge de prestations se limiterait aux mesures diagnostiques – déjà évoquées dans le courrier du 7 juin 2016.

16. Le 20 avril 2017, l'assurée, assistée d'un conseil, a formé opposition à la décision du 14 mars 2017, concluant en substance à son annulation et, préalablement, à une prolongation du délai d'opposition.
17. Le 1<sup>er</sup> mai 2017, l'assurée a transmis à l'assureur quatre radiographies de la mâchoire supérieure prises chacune à plusieurs mois d'intervalle, soit les 12 août et 9 octobre 2015, le 28 janvier 2016 et le 25 avril 2017. S'y ajoutaient des radiographies de la mandibule des 10 mars 2016 et 25 avril 2017, ainsi que plusieurs photos du 25 avril 2017 représentant la dentition en occlusion et en protrusion. Commentant ces pièces par la voix de son conseil, l'assurée a soutenu qu'elles témoignaient de « ponts d'occlusion » équilibrés et de points de contact sans surcharge occlusale ni parafonction. Elle avait bien subi un traumatisme dentaire qui avait entraîné une parafonction passagère après le choc mais qui n'était aujourd'hui plus d'actualité. Étant donné qu'aucune des hypothèses – autres que l'accident du 1<sup>er</sup> mars 2015 – formulées par le Dr E\_\_\_\_\_ (choc antérieur, parafonction, appareil orthodontique) n'était réalisée en l'espèce, l'état des dents 11 et 41 était directement et pleinement consécutif à l'accident du 1<sup>er</sup> mars 2015, cet événement ayant à tout le moins contribué à son aggravation et pas uniquement à son accélération. Dès lors que l'assureur concluait à l'absence d'un tel lien de causalité, sur la base d'avis médicaux « manifestement dépourvus de rigueur scientifique », l'assurée a proposé de soumettre cette question à un expert des traumatismes dentaires (Prof. F\_\_\_\_\_).
18. Par pli du 3 mai 2015 à l'assurée, l'assureur s'est référé au courrier du 1<sup>er</sup> mai 2015 en observant que celui-ci n'était étayé par aucun rapport médical. En conséquence, il n'était pas possible, à ce stade, de se départir des conclusions du Dr E\_\_\_\_\_.
19. Le 26 février 2018, après plusieurs courriers de l'assureur, invitant le conseil de l'assurée à lui transmettre d'éventuelles pièces médicales contestant l'avis de son service médical, l'assureur a fait savoir à ce conseil que s'il ne les lui faisait pas parvenir avant le 15 mars 2018, une décision serait rendue en l'état du dossier.
20. Par pli du 13 mars 2018, le conseil de l'assurée a indiqué que la Dresse C\_\_\_\_\_ n'avait toujours pas transmis à l'assurée le rapport sollicité. Aussi, il a demandé l'octroi d'un délai supplémentaire à cet effet, précisant que cette prolongation se justifiait également par un empêchement personnel (arrêt de travail du conseil de l'assurée, dû à un accident).
21. Le 23 mars 2018, l'assurée s'est adressée à l'assureur, sous la plume d'une nouvelle avocate, et a demandé que celui-ci se détermine sur la requête formulée le 13 mars 2018 par le précédent conseil.
22. Le 16 avril 2018, dans le délai imparti à cet effet, l'assurée a transmis à l'assureur un rapport du même jour de la Dresse C\_\_\_\_\_. Aux termes de celui-ci, l'assurée était en bonne santé générale, ce qui excluait toute influence de sa santé sur son état bucco-dentaire dont l'hygiène était parfaite. Les incisives supérieures et inférieures n'avaient pas d'obturation et cette situation était stable de longue date. Le contrôle

---

précédant la première consultation (du 12 août 2015) remontait à dix-huit mois, juste avant la fermeture définitive du cabinet du docteur G\_\_\_\_\_. Comme ce dernier n'avait pas trouvé de repeneur, il n'y avait pas de possibilité d'accéder aux archives. Ainsi, la Dresse C\_\_\_\_\_ n'avait ni radiographie ni photo précédant l'événement du 1<sup>er</sup> mars 2015 et le contrôle du 12 août 2015. Lors de celui-ci, la dent 11 n'était pas grise mais plus jaune que ses voisines. Cette couleur était due à une oblitération pulpaire accélérée qui était visible – et non pas à une hémorragie. Le 16 août 2016, la dent 41 – qui se situait en regard du coup reçu mais à l'arcade inférieure et en retrait – avait présenté les mêmes symptômes qu'il n'était pas possible de diagnostiquer le 12 août 2015. Comme la Dresse C\_\_\_\_\_ excluait un dégât iatrogène (aucun traitement orthodontique réalisé au cours des vingt dernières années) ou une parafonction (contacts vérifiés « en IM, en RC » et en protrusion ; cf. photos du 14 septembre 2017), seul l'événement du 1<sup>er</sup> mars 2015 avait eu, selon elle, la direction, l'énergie et l'intensité suffisante pour déclencher une réaction accélérée et localisée des odontoblastes (production supplémentaire de dentine par rapport aux dents adjacentes). S'il s'était agi d'un vieillissement accéléré par sclérose, toutes les dents auraient eu la même teinte. La littérature décrivait les oblitérations pulpaires (jaunissement des dents par rapport à celles qui n'ont pas subi le même coup) dans moins de 25 % des cas. Ce phénomène n'était pas soumis à un calendrier déterminé. Il était lent et contrairement aux dyschromies grises, un délai minimum de trois à six mois (sinon plus) était nécessaire pour être cliniquement visible – ce qui était le cas pour la dent 41. Quant à la faible évolution radiologique qui ressortait de la comparaison des radiographies du 12 août 2015 et du 26 janvier 2016 (dent 11), elle était due au faible espace résiduel restant, étant donné qu'une dépose de dentine avait déjà oblitéré la chambre pulpaire. En synthèse, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué que l'exclusion de toute influence de santé générale, de problèmes bactériologiques bucco-dentaires, d'un dégât iatrogène ou d'une parafonction permettait de conclure que la seule cause de l'oblitération pulpaire accélérée des dents 11 et 41 de l'assurée était directement imputable à l'événement du 1<sup>er</sup> mars 2015.

Soutenant que le rapport du 16 avril 2018 de la Dresse C\_\_\_\_\_ était fondé et cohérent, l'assurée a ajouté que si ce dernier n'emportait pas la conviction de l'assureur, elle réitérait sa proposition de soumettre le cas au Prof. F\_\_\_\_\_.

23. Relancé par l'assureur au sujet du rapport du 16 avril 2018 de la Dresse C\_\_\_\_\_, le Dr D\_\_\_\_\_ a considéré par avis du 3 septembre 2018 qu'on pouvait déduire de l'absence de consultation médicale / dentaire le jour de l'accident qu'il s'agissait d'un choc tout à fait bénin. Quant aux radiographies prises le 12 août 2015, elles montraient clairement une oblitération de l'espace pulpaire (sclérose par calcification) des dents 11 et 41. La probabilité qu'une telle calcification se produisît en seulement cinq mois était proche de zéro pour une raison que l'on pouvait expliquer – de manière simplifiée – comme suit : la pulpe de la dent n'était vascularisée que par une minuscule artériole qui passait par l'apex (soit l'isthme) de

---

la dent. Cet apex était large chez un enfant et se rétrécissait jusqu'à l'âge adulte. Il n'était donc pas possible qu'une telle quantité de sels minéraux puisse se déposer jusqu'à former une telle sclérose en si peu de temps chez une personne âgée de plus de 40 ans. Ceci correspondait à une notion basique de la morphologie et de la biologie pulpaire, acquise par tout étudiant au début de sa formation. Par conséquent, nul n'était besoin de requérir l'avis d'un spécialiste des traumatismes dentaires comme le préconisait le conseil de l'assurée. De plus, l'affirmation de la Dresse C\_\_\_\_\_, selon laquelle l'oblitération pulpaire accélérée des dents 11 et 41 était à mettre en lien direct avec l'événement du 1<sup>er</sup> mars 2015 était une « pure ineptie ». Accessoirement, il y avait lieu de noter qu'aucune radiographie antérieure à l'accident n'avait été produite, ce qui excluait la preuve que la pulpe des dents 11 et 41 était dans un état similaire à celle des dents voisines avant l'accident. En conclusion, aucun lien de causalité ne pouvait être établi de façon prépondérante entre l'accident et le traitement proposé.

24. Par pli du 28 septembre 2018, l'assureur a transmis à l'assurée l'avis de son médecin-conseil du 3 septembre 2018 et l'a invitée à retirer son opposition formée le 20 avril 2017.
25. Par courrier du 12 décembre 2018, le conseil de l'assurée a réitéré sa proposition de soumettre le cas à un spécialiste des traumatismes dentaires, précisant qu'il maintiendrait son opposition en cas de refus. En effet, la lecture de l'avis du 3 septembre 2018 du Dr D\_\_\_\_\_ avait suscité la perplexité de la Dresse C\_\_\_\_\_. Cette dernière avait d'ailleurs précisé à l'attention du conseil de l'assurée que les dépôts minéraux étaient produits par les odontoblastes (soit les cellules qui bordent la chambre pulpaire) et qu'ils n'étaient pas déposés directement par l'artériole. De plus, toutes les dents saines chez un individu sain, à l'âge adulte, avaient le même isthme avec la même irrigation qui amenait l'oxygène et les nutriments aux cellules vivantes. S'il y avait une « irritation » brusque et locale, le processus était soit fatal (nécrose), soit accéléré. Dès lors, et dans l'optique du Dr D\_\_\_\_\_, se posait alors la question de savoir pourquoi les deux dents contiguës aux dents 11 et 41 n'avaient pas connu le même sort. Force était de constater que le Dr D\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur cette question.
26. Par décision du 25 février 2019, l'assureur a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 14 mars 2017, motif pris que le raisonnement développé par la Dresse C\_\_\_\_\_ dans son rapport du 16 avril 2018 reposait principalement sur un raisonnement chronologique. Or, le seul fait que des symptômes douloureux se fussent manifestés après la survenance d'un accident ne suffisait pas à établir un rapport de causalité avec l'événement assuré. Du reste, en indiquant, le 16 avril 2018, que « seul l'événement du 1<sup>er</sup> mars 2015 [avait] eu la direction, l'énergie et l'intensité suffisante pour déclencher une réaction accélérée des odontoblastes localisées », la praticienne partageait le raisonnement de l'expert E\_\_\_\_\_, selon lequel seul un choc violent pouvait accélérer le processus de sclérose, la rapidité du processus étant liée à la violence du choc. En l'espèce toutefois, l'hypothèse d'un

---

choc violent le 1<sup>er</sup> mars 2015 devait être écartée pour plusieurs raisons. Selon la déclaration d'accident établie le 8 octobre 2015 par l'employeur de l'assurée, cette dernière s'était cognée à une porte en voulant aller répondre au téléphone alors qu'elle préparait le repas. Il était également fait mention, dans la même déclaration, d'un état douloureux qui avait disparu, sans notion de saignement ni de mobilité de la dent avant droite supérieure. De plus, cet état douloureux n'était évoqué qu'en lien avec la dent supérieure avant droite (soit la dent 11). Et selon les rapports médicaux ultérieurs, il était confirmé qu'aucune fracture dentaire n'était constatable, que l'assurée n'avait subi aucun saignement et qu'il n'y avait aucune notion de mobilité de la dent dans les suites immédiates de l'événement. On était donc loin d'une subluxation, soit le diagnostic communiqué le 26 janvier 2016 par la Dresse C\_\_\_\_\_, cette notion se caractérisant par une « dent [...] mobile, douloureuse, légèrement égressée par rapport à son alvéole avec saignement au collet de la dent » (cf. la section V du support de cours du Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, annexée par l'intimée à sa décision du 25 février 2018). Au vu de ces circonstances, il était établi au degré de la vraisemblance prépondérante, que le choc subi par l'assurée le 1<sup>er</sup> mars 2015 avait été peu violent, de sorte qu'il était très peu probable, comme l'avait constaté l'expert E\_\_\_\_\_, qu'une sclérose pulpaire – telle qu'elle avait été constatée cinq mois après l'accident sur la dent 11, respectivement onze mois après cet événement sur la dent 41 – puisse être une conséquence de l'événement du 1<sup>er</sup> mars 2015.

27. Le 29 mars 2019, l'assurée a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation, à ce qu'il soit dit et constaté qu'il existait une relation de causalité naturelle et adéquate entre les troubles subis et l'événement survenu le 1<sup>er</sup> mars 2015, et qu'en conséquence, l'intimée fût condamnée à lui octroyer toutes les prestations légales découlant de cet événement. Subsidièrement, la recourante a conclu à la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un spécialiste en traumatologie dentaire, afin de clarifier l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquat entre les troubles subis et l'événement survenu le 1<sup>er</sup> mars 2015.

À l'appui de ses conclusions, la recourante a fait valoir que les rapports médicaux sur lesquels l'intimée se fondait étaient dépourvus de valeur probante et que la décision entreprise se fondait de manière centrale sur une pure hypothèse émise par le Dr D\_\_\_\_\_, selon laquelle le choc qu'elle avait subi le 1<sup>er</sup> mars 2015 n'était pas suffisamment violent pour causer la lésion subie.

28. Par réponse du 27 mai 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours en réitérant en substance l'argumentation développée dans la décision entreprise. Elle a ajouté qu'il ne lui appartenait pas de démontrer que le choc était faible, mais bien à la recourante de prouver que celui-ci était violent. Enfin, elle a indiqué que si par impossible la causalité entre les troubles dentaires et l'accident du 1<sup>er</sup> mars 2015

était admise, il conviendrait encore de déterminer si le traitement de la dyschromie pouvait être mis à sa charge, en particulier si celui-ci était nécessaire et adéquat.

29. Par réplique du 12 juillet 2019, la recourante a dénié au Dr E\_\_\_\_\_ la qualité d'expert indépendant. L'intimée avait choisi, de son propre chef, de confier un mandat à ce médecin, sans l'avertir ni la consulter à ce sujet et sans lui donner la possibilité de formuler des contre-propositions, qu'il s'agisse de la personne de l'expert ou de la liste des questions destinées à ce dernier. De plus, le Dr E\_\_\_\_\_ avait pris ses conclusions uniquement sur la base du dossier transmis par l'intimée – dont on ignorait d'ailleurs le contenu – et d'un raisonnement dont la brièveté n'avait d'égal que le manque de fondement scientifique et le caractère spéculatif. Quant au Dr D\_\_\_\_\_, sur les avis duquel l'intimée fondait également sa décision de refus de prise en charge du cas, il excédait largement les limites de son mandat de médecin en donnant des conseils d'opportunité de prise en charge des coûts à l'intimée, de sorte que son parti pris pour la protection de l'intérêt financier de l'intimée attestait de son manque d'objectivité et d'impartialité. Partant, il n'était pas possible non plus de se fonder sur l'avis de ce médecin. Enfin, en tant que l'intimée se référait au support de cours du Collège hospitalo-universitaire français de chirurgie maxillo-faciale et stomatologie pour contester le diagnostic de subluxation posé par la dentiste traitante de la recourante, force était de constater que même en l'absence d'une subluxation, une seule contusion dentaire était déjà à même de générer les modifications observées sur les dents 11 et 41 : selon le sous-chapitre V.1 (« Contusion dentaire ») dudit document, « la contusion dentaire se manifeste par des douleurs dentaires post-traumatiques spontanées, provoquées ou exacerbées par la morsure ou le froid, pouvant persister plusieurs heures voire plusieurs jours, sans anomalie clinique et / ou radiographique. La surveillance de la vitalité dentaire [...] s'impose [...]. Le risque est la survenue d'une nécrose pulpaire secondaire, responsable d'une dyschromie inesthétique de la dent [...] ». Dès lors, même si un diagnostic de subluxation ne devait pas être retenu, le lien de causalité entre la contusion provoquée par l'accident et l'atteinte subie par la recourante devait être reconnu.
30. Par duplique du 16 septembre 2019, l'intimée a fait valoir que même si le droit d'être entendue de la recourante avait été violé dans le cadre de la mise en œuvre de l'expertise, cette violation avait été réparée dans le cadre de la procédure d'opposition au cours de laquelle la recourante aurait pu invoquer un éventuel motif de récusation. Quant au raisonnement de l'expert, il n'était pas contesté par le médecin-dentiste traitant, celui-ci se contentant d'affirmer qu'au vu de la violence du choc, il était établi que l'atteinte à la santé était une conséquence de l'accident. Cependant, comme relevé précédemment, dans la mesure où l'événement avait été bénin, celui-ci ne pouvait expliquer ni l'existence de la sclérose constatée ni son ampleur. Par conséquent, il n'y avait aucun motif de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise.

31. Le 3 octobre 2019, la recourante a précisé que si le raisonnement du Dr E\_\_\_\_\_ n'était pas contesté en tant que tel par le dentiste-traitant, il n'en demeurerait pas moins que leurs conclusions étaient diamétralement opposées, ce qui était amplement suffisant pour considérer que leurs rapports respectifs étaient contradictoires.
32. Le 4 octobre 2019, une copie de ce courrier a été transmise à l'intimée.

### **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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Le 1<sup>er</sup> janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le lien de causalité entre l'oblitération pulpaire des dents 11 et 41 et l'événement accidentel du 1<sup>er</sup> mars 2015.
6. a. La recourante se plaint en premier lieu d'une violation de son droit d'être entendue et du principe contradictoire. En effet, l'intimée avait décidé de confier un mandat d'expertise au Dr E\_\_\_\_\_ sans l'en aviser et sans lui donner la possibilité de formuler des contre-propositions, qu'il s'agisse de la personne de l'expert – qui ne serait pas un spécialiste des traumatismes dentaires – ou des questions posées à ce dernier.  
  
b. Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend le droit pour les parties de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à leur détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'obtenir qu'il soit donné suite aux offres de preuves pertinentes, celui d'avoir accès au dossier et celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre

connaissance et de se déterminer à leur propos. En tant que droit de participation, le droit d'être entendu englobe tous les droits qui doivent être attribués aux parties pour qu'elles puissent faire valoir efficacement leur point de vue dans une procédure (cf. par ex. ATF 141 V 557 consid. 3.1 ; 132 II 485 consid. 3.2 ; 129 II 497 consid. 2.2 et les références). Les parties n'ont toutefois pas droit à l'administration d'une preuve dépourvue de pertinence lorsqu'elle porte sur une circonstance sans rapport avec le litige ou qu'une appréciation anticipée des preuves déjà recueillies démontre qu'elle ne serait pas de nature à emporter la conviction de la juridiction saisie (cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 132 consid. 2b et les références).

L'art. 44 LPGA prévoit que si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions.

En matière de récusation, il convient toutefois de distinguer les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA et 36 al. 1<sup>er</sup> LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre l'expertise elle-même (par exemple parce qu'il s'agit d'une « second opinion ») ou le type et l'étendue de l'expertise (par exemple concernant le choix des disciplines) ou encore contre la personne de l'expert (par exemple ses compétences professionnelles). De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_146/2016 du 9 août 2016 consid. 2.2). Il en va ainsi, par exemple, d'une prétendue incompétence de l'expert à raison de la matière, laquelle ne saurait constituer comme telle un motif de défiance quant à son impartialité. Bien au contraire, ce grief devra être examiné dans le cadre de l'appréciation des preuves (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 14/04 du 14 mars 2006 consid. 2.2).

c. En l'espèce, la question d'une éventuelle violation du droit d'être entendu souffre de rester indéterminée dans la mesure où celle-ci a été réparée. En effet, il était tout à fait loisible à la recourante une fois en possession du rapport d'expertise – qui lui a été notifié en même temps que la décision du 14 mars 2017 – de préparer, cas échéant, des questions complémentaires et de demander à ce que celles-ci soient soumises au Dr E.\_\_\_\_\_ avant que la décision sur opposition du 25 février 2019 ne

soit rendue. On relèvera par ailleurs que dans la mesure où elles portent sur le « caractère mal fondé et arbitraire » de l'expertise et le fait que son auteur ne serait pas un spécialiste en traumatologie dentaire, les critiques émises par la recourante sont d'ordre matériel, de sorte qu'elles n'ont pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves par l'intimée. En conséquence, elles seront examinées sous cet angle avec le fond du litige (ci-après : consid. 12).

7. 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).

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).

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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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).

Le fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

8. 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 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).
9. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple : la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1).
- b. 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).
- Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).
- c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine

connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi dépourvue de valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Il en va de même si les rapports sur lesquels ladite expertise se fonde, permettent de retracer de manière exhaustive l'anamnèse, l'évolution du cas et le status actuel et que ces points sont incontestés. L'expert appelé à se déterminer sur la base du seul dossier doit être en mesure de se faire une représentation globale non lacunaire au moyen des pièces disponibles. En revanche, le fait que les conclusions d'un tel expert et celles d'autres médecins, dans les rapports médicaux examinés par celui-ci, divergent ne constitue pas en soi un indice en défaveur de la fiabilité des conclusions du premier. Une telle divergence conduit uniquement à se demander s'il est possible de trancher le litige en l'état ou s'il y a lieu d'ordonner des mesures d'instruction complémentaires (RAMA 1988 n° U 56 p. 366 consid. 5b et les références). La nécessité d'un examen personnel de l'assuré par l'expert ne passe au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. Dans ces circonstances, une expertise médicale établie uniquement sur la base d'un dossier peut effectivement se voir reconnaître pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il

---

convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

10. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières 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 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).
11. a. 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).
- b. 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).

12. Faisant siennes les conclusions de l'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, l'intimée fait valoir qu'au regard de la durée relativement longue du processus de sclérose pulpaire (qui s'étend généralement sur plusieurs années, sous réserve toutefois de la possibilité d'une accélération dudit processus en raison d'un choc violent), de la probabilité relativement faible qu'un traumatisme dentaire, atteignant même une certaine intensité (subluxation), soit la cause d'une oblitération pulpaire (moins de 25 % des cas), il est d'autant moins probable que l'oblitération pulpaire observée sur la dent 11 cinq mois après l'accident du 1<sup>er</sup> mars 2015, respectivement onze mois après sur la dent 41, soit la conséquence de cet événement dès lors que l'absence de consultation et de radiographie dentaire immédiate le jour où celui-ci s'est produit témoignerait de la faible gravité du choc. De même, la faible évolution de la sclérose de la dent 11 entre le 12 août 2015 et le 26 janvier 2016 serait le signe d'une évolution lente du processus, rendant très peu probable la disparition de la quasi-totalité de la pulpe de la dent 11 (> 90 %) dans un laps de temps compris entre le 1<sup>er</sup> mars 2015 et le 12 août 2015.

Pour sa part, la recourante fait valoir que, selon le rapport d'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, l'état des dents 11 et 41 serait dû à une cause antérieure à l'événement accidentel du 1<sup>er</sup> mars 2015, tels qu'un choc, une para fonction ou un traitement orthodontique. Or, la Dresse C\_\_\_\_\_ a éliminé les deux dernières hypothèses dans son rapport du 16 avril 2018, de sorte qu'il ne restait plus qu'à constater le lien de causalité manifeste entre les troubles subis et l'événement du 1<sup>er</sup> mars 2015. En effet, seul ce choc avait eu la direction, l'énergie et l'intensité suffisante pour déclencher une réaction accélérée des odontoblastes localisées (production de dentine par rapport aux dents adjacentes).

En l'espèce, il est vrai que le Dr E\_\_\_\_\_ n'a pas examiné la recourante. Il a établi son expertise sur la base du dossier que l'intimée lui a transmis le 23 janvier 2017, lequel comportait les différents devis et rapports de la Dresse C\_\_\_\_\_ établis à la suite de plusieurs consultations, l'avis du 2 mai 2016 du Dr D\_\_\_\_\_ ainsi que la clé USB de la Dresse C\_\_\_\_\_ sur laquelle étaient enregistrées les radiographies réalisées à partir du 12 août 2015 (cf. dossier LAA, courrier du 23 janvier 2017 au Dr E\_\_\_\_\_). Sur la base de ces éléments, l'expert a été en mesure de retracer l'anamnèse (sous « Généralité et diagnostic »), l'évolution du cas et le status actuel de dégénérescence pulpaire des dents 11 et 41, sans que ces points ne soient contestés. Dans la mesure où les principes et les connaissances sur lesquelles l'expert se fonde sont exposés de manière claire et les conclusions prises se révèlent convaincantes, il convient en principe de reconnaître une pleine valeur probante au

rapport d'expertise du 31 janvier 2017, ce à quoi les critiques de la recourante – selon lesquelles le Dr E\_\_\_\_\_ ne serait pas un spécialiste des traumatismes dentaires – ne changent rien. Il ressort en effet de la consultation du site internet de l'Association des médecins dentistes de Genève (ci-après : AMDG), sous « infos professionnelles » qu'au terme des cycles Bachelor et Master, le médecin-dentiste « est un omnipraticien, ainsi nommé parce qu'il est formé dans toutes les disciplines de base exigées dans sa formation » et exerce son art dans des « domaines aussi larges et variés », dont la traumatologie fait partie. Dans le même sens, l'examen de la liste des formations post-grade et autres spécialisations SSO existantes ne révèle pas que la traumatologie serait un domaine faisant l'objet d'une formation post-grade ou spécialisation correspondante (cf. [https://amdg.ch/infos-professionnelles/les-professions-du-cabinet-dentaire/le-medecin-dentiste-et-les-specialisations-sso/](https://amdg.ch/infos-professionnelles/les-professions-du-cabinet-dentaire/le-medecin-dentiste-et-les-specialisations-ss/)).

La Dresse C\_\_\_\_\_ partage l'avis de l'expert s'agissant de la corrélation entre la vitesse d'oblitération pulpaire et l'intensité du choc. Elle évoque par ailleurs le même pourcentage de cas dans lesquels une telle oblitération se produit consécutivement à un choc (moins de 25 % des traumatismes consistant en une subluxation). Elle s'écarte en revanche du rapport d'expertise s'agissant de la cause de l'oblitération pulpaire qu'elle attribue à l'événement du 1<sup>er</sup> mars 2015 (les deux autres causes possibles de l'atteinte évoquées par l'expert – parafonction ou traitement orthodontique – ayant été écartées). La question se pose donc de savoir si le choc subi le 1<sup>er</sup> mars 2015 est d'intensité suffisante pour accélérer le processus de sclérose, ce que l'intimée conteste. Or, force est de constater que dans son premier rapport du 24 août 2015, repris en cela dans le complément du 16 mars 2016, la Dresse C\_\_\_\_\_ fait état d'une, respectivement deux dent(s) non pas « subluxées (devenues branlantes) » mais simplement « contusionnées (heurtées) », tout en précisant dans la note manuscrite, jointe au complément du 16 mars 2016, « qu'à part le changement de teinte marquée et l'absence de vitalité, il n'y a pas d'autre symptomatologie ». Ce n'est que le 26 janvier 2016 que la doctoresse évoque, pour la première fois, le diagnostic de subluxation. Or, le descriptif évoqué dans son rapport du 24 août 2015 ne correspond pas à ce diagnostic, à tout le moins selon la publication scientifique annexée au rapport du 26 janvier 2016, à laquelle la Dresse C\_\_\_\_\_ se réfère (*The endodontic management of traumatized permanent anterior teeth : a review, publié in Australian Dental Journal Supplement 2007 ; 52 :1*). La traduction libre de l'extrait surligné par la doctoresse révèle en effet que la subluxation est une « blessure caractérisée par un descellement anormal de la dent mais sans déplacement. Les dents sont sensibles à la percussion et il peut y avoir un saignement dans la fente gingivale » (p. S127). Sur la base de ces éléments, il y a lieu de retenir, selon la vraisemblance prépondérante, que le choc subi le 1<sup>er</sup> mars 2015 correspond davantage à ce que la doctoresse décrit comme une contusion dans son rapport du 24 août 2015, soit un type de traumatisme pour lequel est également employé le terme « *concussion* » (cf. [https://www.sso.ch/fileadmin/upload\\_sso/2\\_Zahnaerzte/2\\_SDJ/SMfZ\\_2005/SMfZ\\_](https://www.sso.ch/fileadmin/upload_sso/2_Zahnaerzte/2_SDJ/SMfZ_2005/SMfZ_)

---

11\_2005/f-smfz-11-aktuell2.pdf). En effet, la publication scientifique précitée, à laquelle la Dresse C\_\_\_\_\_ se réfère, définit le terme de « *concussion* » comme un choc plus faible entraînant « une sensibilité marquée à la percussion » mais « aucun descellement ou déplacement anormal de la dent traumatisée ». Or, dans ce cas, « seul un faible pourcentage de ces dents subit une nécrose pulpaire (3 %) ou une calcification du canal pulpaire (2 à 7 %) » (cf. la publication scientifique précitée).

Au vu de ces éléments, auxquels s'ajoute l'absence non seulement de toute mention de la dent 41 dans la déclaration d'accident du 8 octobre 2015, mais aussi de toute notion de descellement ou de saignement dans les observations cliniques de la Dresse C\_\_\_\_\_, relatives aux dents 11 et 41, le rapport du 16 avril 2018 de cette praticienne – singulièrement l'appréciation selon laquelle seul l'événement du 1<sup>er</sup> mars 2015 aurait eu « la direction, l'énergie et l'intensité suffisante pour déclencher une réaction accélérée des odontoblastes localisées » – n'emporte pas la conviction et ne permet de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du Dr E\_\_\_\_\_, selon lesquelles « la probabilité que l'accident soit la cause initiale du problème est très faible ».

Dans ces circonstances, la chambre de céans se dispensera d'examiner la valeur probante des avis du Dr D\_\_\_\_\_, dont les conclusions rejoignent celles de l'expert.

On relèvera enfin qu'au vu de l'impossibilité constatée par la Dresse C\_\_\_\_\_, d'accéder aux archives de son prédécesseur, le Dr G\_\_\_\_\_, en particulier à d'hypothétiques radiographies et photos des dents 11 et 41 proches de la date de l'accident – lesquelles auraient permis, cas échéant, de se faire une représentation plus précise du facteur ayant déclenché (et à quel moment) la dégénérescence pulpaire qui touche les deux dents en question –, il apparaît que la cause a été instruite à satisfaction de droit et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'un lien de causalité entre ladite dégénérescence et l'événement du 1<sup>er</sup> mars 2015 n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Il s'ensuit que la recourante en supportera les conséquences (ci-dessus : consid. 9) et que la décision litigieuse ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'elle limite la prise en charge du cas aux seules mesures diagnostiques.

13. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

Représentée par un conseil mais n'obtenant pas gain de cause, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

\*\*\*\*\*

**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

Marie NIERMARÉCHAL

Eleanor McGREGOR

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