REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/273/2006 **ATAS/758/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 5 septembre 2006

En la cause

Madame O_____, domiciliée ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier CARRARD	recourante

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE	intimée

---

Siégeant : Mme Doris WANGELER, Présidente,
Mmes Maya CRAMER et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Madame O_____, née en 1947, travaille pour le compte de X_____ SA en tant qu'agente d'escale pour passagers. A ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt, ci-après : SUVA).

2. Le 6 mars 2002, au volant de sa voiture, l'assurée était arrêtée derrière un véhicule qui laissait traverser des piétons sur un passage protégé lorsqu'un automobiliste inattentif l'a heurtée par l'arrière. Sous l'effet du choc, son front a frappé le pare-brise, alors que son menton a cogné le volant. Lors de cet accident, elle a subi, notamment, un traumatisme de type « coup du lapin ».

3. Dans un courrier du 14 mars 2002, le mari de l'assuré a indiqué à la ZURICH ASSURANCE (ci-après : ZURICH), assureur en responsabilité civile du véhicule fautif, que sa femme avait perdu un certain nombre de dents et que certaines étaient tellement mobiles qu'un traitement dentaire était nécessaire.

4. Le 11 avril 2002, alors qu'elle se trouvait en vacances en Inde, l'assurée a consulté le Dr JAR, chirurgien-dentiste à Goa. Dans son ordonnance du 11 avril 2002, ce dentiste a noté que les dents 48, 46, 36 et 37 manquaient, que les dents 47, 45 et 38 étaient mobiles, enfin, que la dent 16 présentait une lésion apicale. Il a indiqué qu'il avait procédé à un examen de l'hygiène orale étant donné que la patiente se plaignait de …(illisible) accident survenu un mois auparavant.

5. Le 21 juin 2002, l'assurée a consulté la "établissement hospitalier"de Malombré à Genève. Dans son rapport du même jour, la Dresse A_____, médecin-dentiste, a confirmé que les dents 48, 46, 36 et 37 étaient manquantes et elle a précisé que les dents 46, 36 et 37 avaient été totalement luxées (perdues) par l'accident du 6 mars 2002.

6. Lors de l'examen clinique du 9 décembre 2003, la Dresse B_____de la "établissement hospitalier"de Malombré a indiqué que les dents 47, 46, 45, 36, 37 et 38 étaient manquantes et que, notamment, la dent 48 était atteinte de parodontose.

7. Le 2 septembre 2004, l'assurée a demandé à la SUVA de prendre en charge, notamment, les frais dentaires consécutifs à son accident de la circulation qui avait occasionné la perte de quatre dents de la mâchoire inférieure. Elle a précisé, d'une part, que le rapport de la "établissement hospitalier"de Malombré omettait de mentionner la luxation de la dent 48 lors de l'accident, d'autre part, qu'elle avait dû se faire extraire une dent, le 28 septembre 2002, puis une autre dent, le 15 mai 2004. En outre, elle a indiqué que, compte tenu des dents manquantes, il lui était

très difficile et douloureux de manger de sorte qu'elle envisageait de se faire réimplanter quatre dents à la mâchoire inférieure, traitement dont le coût était devisé à 10'050 fr. En conséquence, elle a demandé à la SUVA de prendre à sa charge la totalité des frais dentaires d'un montant de 11'166 fr. 65.

8. Selon les informations téléphoniques obtenues de la "établissement hospitalier"de la Servette par la SUVA, le 1er décembre 2004, la pose d'implant concernait les dents 47, 46, 37 et 36.

9. Dans un rapport du 2 décembre 2004, le Dr C_____, médecin-dentiste à la "établissement hospitalier"de la Servette a indiqué qu'il avait examiné la patiente pour la première fois le 9 juillet 2004 et qu'il n'avait pas constaté d'accident. Il a mentionné, d'une part, que les dents 48, 47, 46, 45, 36, 37 et 38 étaient manquantes, d'autre part, qu'il n'avait pas remarqué de dents accidentées.

10. Le 2 février 2005, la SUVA a répondu à l'assurée qu'elle ne prenait pas en charge, notamment, le devis de la "établissement hospitalier"de la Servette d'un montant de 10'050 fr. pour le motif que les travaux envisagés ne concernaient en aucun cas un accident. Elle a précisé qu'elle était également intervenue pour les lésions dentaires subies lors de l'accident, mais qu'elle considérait que les problèmes dentaires actuels n'étaient plus une séquelle de l'accident assuré.

11. Par courrier du 21 juin 2005 adressé à la SUVA, l'assurée a relevé que l'assureur-accidents n'expliquait pas en quoi l'implant de quatre dents ne constituerait plus une suite de l'accident, de sorte qu'elle contestait le refus de prise en charge qui n'était pas motivé.

12. La SUVA a soumis le dossier au Dr D_____, médecin-dentiste à Neuchâtel. Dans son rapport du 13 juillet 2005, après examen des radiographies du 21 juin 2002, il a estimé que l'espace restant entre les dents 47 et 45, respectivement 35 et 38, était trop petit par rapport à la dent 46, respectivement aux dents 36 et 37. De plus, il a considéré que la mésialisation des dents 38 et 37 ne pouvait pas avoir atteint une telle ampleur en un peu plus de trois mois. Enfin, il a exposé que l'os alvéolaire dans la région 36, 37 et 46 était parfaitement compact, sans signe d'une cicatrice alvéolaire et qu'une telle cicatrisation osseuse ne pouvait pas avoir lieu en quelque trois mois. En définitive, il a conclu que les dents 35, 36 et 37 étaient déjà manquantes avant l'accident du 6 mars 2002 et que la mobilité des dents 45 et 48 était due à la périodontite aiguë, respectivement au déchaussement, qui n'avait pas pu survenir en trois mois.

13. Par décision du 22 juillet 2005, la SUVA a, notamment, refusé de prendre en charge le devis de la "établissement hospitalier"de la Servette d'un montant de 10'050 fr. Elle a considéré qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 6 mars 2002 et les lésions dentaires actuelles faisant l'objet dudit devis.

14. Le 15 septembre 2005, l'assurée a formé opposition contre ladite décision. Elle a contesté les conclusions du Dr de D_____, étant donné qu'il ne l'avait jamais examinée, ne s'était jamais entretenu avec elle au sujet de l'accident dont il ne connaissait que très partiellement les circonstances et les conséquences. Elle a affirmé qu'elle avait perdu trois dents le jour même de l'accident et que la dent qui avait occasionné la consultation d'un dentiste en Inde était tombée environ deux mois après l'accident. Elle a relevé que ces faits ressortaient d'un courrier de la ZURICH du 22 août 2005.

15. Par décision sur opposition du 27 octobre 2005, la SUVA a rejeté l'opposition. Elle a rappelé que la dent 47 était déjà gravement endommagée avant l'accident du 6 mars 2002 de sorte que son remplacement n'était pas en corrélation avec celui-ci. En outre, elle a considéré que les conclusions du Dr de D_____ remplissaient les exigences de la jurisprudence pour se voir accorder une entière valeur probante et qu'aucune motivation de médecine dentaire n'établissait l'existence vraisemblable d'un lien de causalité entre le dommage dentaire justifiant la pose d'implants et l'accident du 6 mars 2002.

16. Par acte du 27 janvier 2006, l'assuré a recouru contre ladite décision sur opposition auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales. Elle conclut à la constatation que la perte de quatre dents est en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 6 mars 2002 ainsi qu'à la condamnation de la SUVA à la prise en charge de l'implant de quatre dents pour un montant de 10'050 fr. A l'appui de ses conclusions, elle invoque les mêmes arguments que lors de la procédure d'opposition. En outre, elle relève que le rapport du Dr de D_____ du 13 juillet 2005 contient des erreurs en tant qu'il affirme, d'une part, que la dent 35 est manquante, alors que tel n'est pas le cas, et d'autre part, que la dent 48 est mobile, alors qu'elle est en réalité manquante. Elle estime que ces erreurs démontrent tant le peu de sérieux de l'appréciation de ce dentiste que de graves contradictions manifestes qui empêchent de retenir sa valeur probante.

17. Dans un rapport du 11 mars 2006, le Dr de D_____ a procédé à la correction des erreurs contenues dans son appréciation du 13 juillet 2005 et a apporté des compléments d'information. Il a persisté dans ses conclusions antérieures et a confirmé qu'il n'y avait pas de relation de causalité entre l'accident survenu le 6 mars 2002 et les dégâts dentaires annoncés dès le 21 juin 2002.

18. Dans sa réponse du 24 mars 2006, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a produit dans la procédure le rapport du Dr de D_____ du 11 mars 2006. Elle a considéré qu'aucun motif ne permettait de remettre en question l'appréciation de ce dentiste dès lors que les autres rapports médicaux ne fournissaient aucune justification médicale permettant de douter de ses conclusions.

19. Le 31 mars 2006, la recourante a demandé un délai pour répliquer.

20. Le 4 avril 2006, le Tribunal a accordé à la recourante un délai au 12 mai 2006 pour faire part de sa détermination sans qu'elle ne fasse usage de ce délai.

21. Le 24 mai 2006, le Tribunal a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseur (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

   Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

   Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

   Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, le présent cas reste régi, sur le plan matériel, par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

4. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois. Etant donné que la décision sur opposition date du 27 octobre 2005 et que la

recourante l'a reçue le lendemain, le recours déposé le 27 janvier 2006 a été formé en temps utile. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

5. Il ressort du dossier que la recourante n'a annoncé des lésions dentaires à l'intimée que le 21 juin 2002, alors que l'accident qui est invoqué comme étant à l'origine des lésions dentaires date du 6 mars 2002, soit près de quatre mois auparavant. L'intimée ne nie toutefois pas que l'accident a vraisemblablement causé certaines lésions dentaires puisqu'elle a pris en charge les soins prodigués à la "établissement hospitalier"de Malombré (cf. rapports des 21 juin 2002 et 1er octobre 2003). En conséquence, il n'y a pas lieu d'examiner si l'accident du 6 mars 2002 a vraisemblablement provoqué des lésions dentaires. Etant donné que la recourante se borne à réclamer la prise en charge par l'intimée des frais d'implant des dents 47, 46, 37 et 36, le litige porte uniquement sur le point de savoir s'il existe un lien de causalité entre l'implant des quatre dents et l'accident du 6 mars 2002.

6. 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. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références).

   b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en

se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 405 consid. 2.2, 125 V 461 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 364 consid. 5d/bb, ATFA du 14 février 2006, U 351/04, consid. 3.2 et les références citées).

d) 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268).

7. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation

du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

b) 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. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. (ATF 125 V 353 ss consid. 3b/ee; ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). La Cour européenne des droits de l'homme a estimé que ce principe n'était pas contraire à l'art. 6 par. 1 CEDH garantissant le droit à un procès équitable (JAAC 1998 95 917). Cette situation peut cependant faire naître des soupçons de prévention qui, pour être retenus, doivent reposer sur des éléments objectifs et pas uniquement sur les impressions de l'assuré (ATFA non publié du 17 février 2006, U 234/05, consid. 2.1).

c) En outre, 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 (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d)

8. La question à résoudre consiste à déterminer si l'implant des dents 47, 46, 37 et 36 constitue une séquelle de l'accident du 6 mars 2002 à la charge de l'intimée.

Le refus de l'intimée de prendre en charge l'implant des dents repose sur les rapports du Dr de D_____ des 13 juillet 2005 et 24 mars 2006 qui concluent à l'absence de lien de causalité naturelle entre l'accident du 6 mars 2002 et les dégâts dentaires annoncés dès le 21 juin 2002.

Pour sa part, la recourante conteste la valeur probante du rapport du 13 juillet 2005, d'une part, en raison des erreurs qu'il contient, d'autre part, parce que le Dr de D_____ ne l'a pas examinée et n'a donc eu qu'une connaissance très partielle des circonstances ainsi que des séquelles de l'accident. En outre, elle affirme que, lors de l'accident du 6 mars 2002, elle a perdu les dents 46, 36 et 37, puis, que la dent 47 est tombée environ deux mois plus tard.

Dans son rapport du 13 juillet 2005, complété par le rapport du 11 mars 2006, le Dr de D_____ a analysé les radiographies du 21 juin 2002 et a mentionné qu'elles révélaient, notamment, une dent 47 mésio-versée, fortement déchaussée

avec profonde poche osseuse périodontale antérieure et grosse carie distale. Sur la base de ces radiographies, il a constaté que l'os alvéolaire dans les régions 46, 37 et 36 montrait une cicatrisation complète et un os parfaitement compact, sans le moindre signe d'une ancienne alvéole. En outre, il a relevé que l'espace entre les dents 47 et 45 n'était que de 5 mm, alors que la dent 46 qui devait être implantée mesurait au minimum 10 mm. Quant à l'espace entre les dents 35 et 38, il ne représentait que 13 mm, alors que la largeur additionnée des dents 36 et 37 à implanter était au minimum de 20 mm. Il a estimé inconcevable que la patiente perde trois dents dans un accident et qu'aucun médecin ne l'annonce ou ne le constate dans un rapport médical et surtout qu'elle parte en Inde sans entreprendre de traitement pour pallier à cette situation. En définitive, il a considéré que les dents 46, 37 et 36 n'ont pas été perdues lors de l'accident du 6 mars 2002 et que l'état parodontal (déchaussement et poche osseuse mésiale) de la dent 47 n'était pas post-traumatique.

En l'espèce, les rapports du Dr de D_____ sont convaincants étant donné qu'il est difficilement compréhensible de concevoir, d'une part, que des dents soient implantées dans un espace inférieur à leur largeur, et d'autre part, que des dents qui sont tombées lors d'un accident ne laissent aucune cicatrice dans l'os alvéolaire trois mois plus tard. De plus, ses conclusions sont documentées puisqu'elles reposent sur l'examen des radiographies du 21 juin 2002 et dûment motivées. En effet, le Dr de D_____ explique que l'espace est trop petit, d'une part, entre les dents 47 et 45 en raison de l'importante version mésiale de la dent 47, d'autre part entre les dents 38 et 35 à cause de l'important versement mésial de la dent 38, et que l'état parodontal de la dent 47 est consécutif à la position mésio-versée de cette dent due aux dents non remplacées. De plus, il précise que la mésialisation (occupation de l'espace laissé libre) des dents 38 et 37 ne peut pas atteindre une telle ampleur en un peu plus de trois mois. Contrairement à ce que prétend la recourante, l'appréciation du Dr de D_____ ne contient pas de contradiction. En effet, l'erreur de plume de ce dernier concerne la retranscription des constatations du dentiste indien et n'a aucune incidence sur son appréciation et ses conclusions.

Le fait que le Dr de D_____ n'ait pas examiné la recourante n'empêche nullement ses rapports d'avoir une pleine valeur probante dès lors que son appréciation repose sur le rapport du Dr JAR du 11 avril 2002, sur celui de la Dresse A_____ du 21 juin 2002 et les radiographies qu'elle a effectuées, sur celui de la Dresse B_____ du 9 décembre 2003, enfin sur celui du Dr C_____ du 2 décembre 2004, qui, eux, ont tous examiné la recourante. Pour sa part, le fait que la recourante n'ait pas pu détailler au Dr de D_____ les circonstances et les séquelles de l'accident, n'est pas davantage en mesure de faire douter de son appréciation dès lors que celle-ci repose sur des éléments objectifs, à savoir les clichés radiologiques, qui permettent de déterminer si l'accident a causé tant des luxations de dents, en raison de la présence ou l'absence de cicatrices de l'os alvéolaire, qu'une subluxation de dents saines.

En définitive, les deux rapports médicaux du Dr de D_____ remplissent toutes les conditions jurisprudentielles permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a et 3b/ee).

9. Il reste à examiner si le dossier contient des indices concrets permettant de douter du bien-fondé des conclusions du Dr de D_____.

La recourante prétend qu'un tel indice existe dès lors qu'elle affirme avoir perdu les dents 46, 37 et 36 lors de l'accident du 6 mars 2002 et que le rapport de la "établissement hospitalier"de Malombré du 21 juin 2002 mentionne que la luxation de ces dents a été causée par l'accident du 6 mars 2002.

Les réponses fort succinctes et non motivées de la Dresse A_____ dans son avis de lésions dentaires du 21 juin 2002 font état uniquement de la luxation des dents 46, 36 et 37 ainsi que de la date de l'accident et de sa cause. Elles ne portent cependant ni sur le lien entre l'accident et les lésions dentaires, ni sur le mécanisme de l'accident et ses séquelles. Il n'est, par exemple, pas possible de savoir si, sous la rubrique "dommages causés par l'accident", elle a indiqué la luxation des dents 46, 36 et 37 en raison des déclarations de la patiente ou sur la base de ses constatations et de l'examen des radiographies. Pris dans son ensemble, le questionnaire du 21 juin 2002 ne permet ni d'apprécier le rapport de causalité entre l'accident et les séquelles dentaires, ni même d'en appréhender réellement le fondement.

Par ailleurs, dans son rapport du 21 juin 2002, la Dresse A_____ atteste que la dent 47 était atteinte de lésions parodontales et ne fait nullement état d'une subluxation de cette dent, ce qui permet de confirmer la thèse du Dr de D_____, à savoir que cette dent est tombée non pas en raison de l'accident, mais de son état parodontal.

Quant aux déclarations de la recourante, elles ne sont d'aucune utilité puisque la question du lien de causalité naturelle entre un accident et des lésions ne peut être établie que sur la base de données médicales. De plus, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé est long entre l'accident et la manifestation de l'affection, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c; ATFA non publié du 20 février 2006, consid. 1, U 249/05). En l'espèce, il s'est écoulé deux ans et demi entre l'accident et la demande de prise en charge du traitement, de sorte qu'il y a lieu d'appliquer des exigences sévères en matière de preuve. En conséquence, les déclarations de la recourante ne permettent pas d'établir l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident du 6 mars 2002 et les lésions à la base du traitement dont la prise en charge est litigieuse. Au demeurant, elle n'invoque aucune appréciation médicale divergente motivée qui contredirait les conclusions du Dr de D_____, ne serait-ce que sous la forme d'un simple certificat de son médecin-dentiste traitant.

En définitive, il n'existe aucun indice justifiant de s'écarter des conclusions du Dr de D_____, de sorte que c'est à juste titre que l'intimée a refusé la prise en charge de l'implant des dents 47, 46, 36 et 37.

10. Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé.

PAR CES MOTIFS,

LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A 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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière — La Présidente :

Marie-Louise QUELOZ — Doris WANGELER

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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