

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 avril 2016

Composition : Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

C._____, à [...], recourante, représentée par Me Yves Nicole, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

N._____, [...], à [...], intimée, représentée par Me Christian Grosjean, avocat à Genève.

Art. 6 et 10 LAA.

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après : l'assurée), née en 1965, travaillait au sein de la société R._____ Gérance SA depuis le 1^{er} mai 2012 en qualité de secrétaire-comptable et était à ce titre assurée auprès de la N._____ [...] (ci-après : la N._____) contre les accidents professionnels et non professionnels.

En date du 16 avril 2013, l'employeur précité a adressé à la N._____ une déclaration de sinistre LAA dont il ressortait en substance que, le 6 avril 2013, l'assurée s'était cassé une dent lors d'une chute à ski, à [...]. Des indications apportées dans le formulaire idoine, il résultait en outre qu'aucun médecin n'avait été consulté.

Le 7 mai 2013, la N._____ a envoyé un questionnaire à l'assurée, auquel cette dernière a répondu le 12 mai suivant en indiquant qu'elle travaillait pour R._____ Promotion Immobilière SA en sus de son activité pour R._____ Gérance SA, mais que c'était pour ce dernier employeur qu'elle avait travaillé avant l'accident.

Le 3 juillet 2013, l'assurée a complété un nouveau questionnaire que lui avait envoyé la N._____ le 26 juin précédent. Concernant les circonstances de l'événement du 6 avril 2013, elle a exposé avoir fait une violente chute à ski, être tombée la tête la première et avoir constaté un bout de dent dans sa bouche. Elle a en outre répondu par la négative à la question de savoir si le traitement médical/thérapeutique était terminé et, invitée à indiquer auprès de quel médecin elle était suivie actuellement, a écrit : « *en attente de vos nouvelles* ». L'assurée a également précisé que la lésion dentaire était survenue parce qu'elle s'était violemment tapé la tête - se référant plus précisément à un bout de dent cassé dans la bouche, en haut à droite. Elle a ajouté qu'elle n'avait eu aucune douleur avant l'accident.

En date du 16 juillet 2013, E._____, Clinique dentaire a transmis à la N._____ une estimation d'honoraires d'un montant de 1'966 fr. 40 pour les soins prévus en faveur de l'assurée au niveau de la dent 16, comprenant en particulier une extirpation de la pulpe et la pose d'un onlay en céramique/résine trois faces.

Complétant le 26 août 2013 un « *Questionnaire concernant les lésions / Devis détaillé* » adressé par la N._____ le 10 juillet précédent, le Dr T._____, médecin-dentiste, a indiqué que la première consultation avait eu lieu le 9 juillet 2013 et que, au moment de l'établissement du rapport, les dents 12, 18, 26, 28, 38 et 48 étaient manquantes. S'agissant des dommages dus à l'accident, il a précisé que la sixième dent sur le côté droit de la mâchoire supérieure [dent 16] présentait une fracture de couronne avec lésion de la pulpe. Concernant l'état du reste de la denture, il a relevé que la deuxième dent sur le côté droit de la mâchoire supérieure [dent 12] et la sixième dent sur le côté gauche de la mâchoire supérieure [dent 26] étaient manquantes et non remplacées. Le Dr T._____ a ajouté qu'à titre de mesures immédiates, la dent 16 avait fait l'objet de radiographies et d'une extirpation ; quant aux mesures prévues à titre de traitement définitif, il a indiqué « *TR 16 + onlay* ».

Selon un nouveau décompte établi le 7 octobre 2013, E._____, Clinique dentaire a estimé à 4'969 fr.80 le montant des honoraires pour les soins prévus au niveau de la dent 16 - ce montant englobant en particulier une extraction avec insertion d'un implant et d'une couronne sur implant.

En date du 7 octobre 2013, l'assurée a adressé une correspondance à la N._____, déplorant qu'aucune suite n'ait été donnée à son dossier à six mois de l'accident. Elle a en particulier exposé qu'après l'événement du 6 avril 2013, elle avait immédiatement annoncé le cas et fourni les informations demandées, suite à quoi elle avait attendu en vain des nouvelles de l'assurance. Puis, peu avant son départ en vacances à la mi-juillet 2013, elle avait dû consulter en urgence eu égard à de violentes douleurs, des aliments s'étant infiltrés dans la dent

accidentée et l'ayant infectée ; elle avait alors dû subir un traitement de la racine. A l'issue de ses vacances et de celles de son dentiste, soit le 26 août 2013, un devis avait ensuite été transmis à la N._____ afin de « *terminer le travail correctement* », la reconstitution de la dent n'étant que provisoire. En l'état, l'intéressée demeurait toutefois sans nouvelles de l'assurance. Bien plus, elle avait été contrainte de retourner le jour même chez le dentiste, qui l'avait informée qu'il ne pouvait plus sauver sa dent et qu'il faudrait poser un implant.

Par courrier du 8 octobre 2013, la N._____ a fait savoir à E._____, Clinique dentaire qu'elle prenait à sa charge les frais de traitement selon le devis du 26 août 2013 de même que les frais de traitement d'urgence.

Toujours le 8 octobre 2013, l'assureur-accidents a écrit à l'assurée pour la prier d'excuser le retard apporté dans le traitement de son dossier et lui transmettre, en annexe, copie du courrier précité confirmant la prise en charge des soins mentionnés dans le devis du 26 août 2013, ainsi que du traitement d'urgence.

A teneur d'un courriel du 8 octobre 2013 également, l'assurée a attiré l'attention de la N._____ sur le fait que le devis serait nettement plus élevé que celui prévu le 26 août 2013, dès lors que la réparation provisoire de la dent n'avait pas tenu depuis juillet et que, durant le week-end écoulé, la dent s'était cassée davantage, raison pour laquelle elle devait être arrachée et un implant posé.

D'autres courriels ont encore été échangés au cours du mois d'octobre 2013 entre l'assurée et des intervenants de la N._____. Dans ce contexte, l'intéressée a notamment critiqué l'absence de nouvelles de la part de l'assurance et souligné qu'elle devait se faire arracher une dent qui était initialement saine et qui n'avait cessé de se détériorer dans l'attente de la prise en charge de son dossier. Quant à l'assurance, elle a en particulier indiqué être dans l'attente du nouveau devis dentaire.

Par avis du 20 novembre 2013, le Dr D._____, médecin-dentiste conseil de la N._____, a en particulier relevé que la déclaration d'accident avait été remplie et signée le 16 avril 2013, que l'examen dentaire - annonçant, à titre de dommage, une fracture coronaire avec lésion pulpaire au niveau de la dent 16 - avait eu lieu le 9 juillet 2013, que la documentation du dentiste avait été reçue par l'assurance le 29 août 2013 et qu'un nouveau devis avait été établi le 7 octobre 2013 sans aucune explication. Au regard de ces éléments, le Dr D._____ a émis l'appréciation suivante :

"Si :

- L'examen dentaire a lieu plus de 4 semaines après le choc
- La documentation du dentiste traitant arrive à l'assurance, 4 mois après l'examen c'est-à-dire 5 mois après l'accident
- Le nouveau devis arrive sans explication à l'assurance après le 7.10.2013
- L'OPT commandé le 4.11.2013 n'arrive que le 19.11.2013 chez le médecin-dentiste conseil

Il n'est pas possible à l'assurance de répondre rapidement à la demande de prise en charge et elle n'est pas responsable de ces retards.

On peut affirmer, avec une vraisemblance plus que prépondérante, que la perte de cette dent 16, endommagée suite à l'accident du 6. 04. 2013[,] est due à l'attente de plus de 4 semaines entre le choc et le début du traitement.

En plus je ne vois pas pourquoi l'assurance prendrait en charge le remplacement de cette dent 16 par un implant avec une CCM, alors que l'assurée ne remplace même pas la dent 26, manquante.

Je propose la prise en charge des traitements d'urgence de cette dent 16 et son extraction, uniquement. "

Après avoir pris connaissance de l'avis susmentionné du Dr D._____, l'assurée a écrit le 10 décembre 2013 à la N._____, soutenant qu'on lui reprochait d'avoir tardivement traité la dent cassée lors de l'événement d'avril 2013, alors qu'elle n'avait fait qu'attendre des nouvelles de l'assurance. A cet égard, elle a rappelé les circonstances décrites dans ses précédentes écritures des 7 et 8 octobre 2013, puis a souligné qu'elle trouvait déplacées les remarques du médecin-dentiste conseil et plus particulièrement celle selon laquelle l'assurance n'avait pas à prendre en charge la pose d'un implant alors que la dent 26 était

manquante - ce problème n'ayant rien avoir avec un accident. Elle a ajouté que si la N._____ avait rapidement donné suite au devis transmis au mois d'août, la dent en cause aurait pu être soignée, évitant ainsi la perte d'une dent saine et la nécessité de poser un implant.

Toujours le 10 décembre 2013, X._____, collaborateur de la N._____, a adressé un courriel à l'assurée, relevant que ce n'était pas à l'assureur de faire exécuter ou pas les soins. Il n'y avait du reste aucun nom de médecin ou de médecin-dentiste sur la déclaration de sinistre. Quant à savoir si l'assurance aurait pu demander par courrier à l'intéressée si elle avait ou pas consulté un dentiste, telle n'était pas la pratique des assureurs-accidents, d'autant que lorsqu'on était blessé, on se soignait sans attendre la décision de l'assureur ; les explications d'aide au remplissage de la déclaration de sinistre mentionnaient d'ailleurs que l'assurance se chargeait de réclamer directement les renseignements au dentiste en cas de dommage dentaire. La déclaration de sinistre de l'assurée, certes datée du 16 avril 2013, n'était de surcroît parvenue à la N._____ que le 2 mai 2013, après quoi un questionnaire avait été envoyé le 7 mai suivant - étant admis que l'intéressée aurait pu être interpellée à ce moment-là sur le nom de ses médecins. Quant à la remarque « *déplacée* » du médecin-dentiste conseil au sujet d'autres dents (soit la dent 26), elle trouvait son explication dans la législation en matière d'assurance-accidents et dans la jurisprudence relative à l'économicité de traitement. Par contre, il était vrai que trop de temps avait été pris pour répondre à l'assurée dès la réception du devis de 1'966 fr. 40 et que, suite à la réclamation de l'intéressée montrant que celle-ci avait consulté un dentiste après un intervalle de trois mois, ledit devis avait été accepté dans l'urgence sans égard à ce dernier élément. Cela étant, la N._____ assumerait son accord portant sur le montant de 1'966 fr. 40.

Répondant par courriel du 11 décembre 2013, l'assurée a fait valoir que le traitement dentaire n'aurait pas nécessité un implant si la N._____ avait rapidement accepté le devis d'août 2013, puisque la dent ne se serait pas à nouveau cassée en octobre. L'intéressée a par ailleurs

souligné que les courriers adressés à l'assurance mettaient de nombreux jours à atteindre leur destinataire et que la N. _____ n'avait du reste pas réagi lorsqu'elle avait indiqué, le 3 juillet 2013, qu'elle était dans l'attente de nouvelles de cette dernière pour son suivi médical.

Par décision du 28 janvier 2014, la N. _____, se référant à l'avis du Dr D. _____, a limité la prise en charge du traitement médical découlant de l'accident du 6 avril 2013 au traitement détaillé dans le devis dentaire du 26 août 2013, à hauteur de 1'966 fr. 40, tel qu'indiqué dans son courrier du 8 octobre 2013.

Par acte de son conseil du 21 février 2014, l'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision. Elle a fait valoir qu'avant d'entreprendre un traitement, elle avait soumis un devis à l'assurance pour approbation mais que, cette dernière ayant tardé à statuer, son état de santé s'était dégradé entre l'été et l'automne 2013. A cet égard, l'intéressée a expliqué que la dent en question s'était infectée, si bien qu'elle avait dû subir un traitement de racine qui avait fragilisé sa dent, ce qui avait amené à une seconde fracture de cette même dent, laquelle avait alors dû être arrachée et remplacée par un implant. Cela étant, l'assurée a soutenu que sans la fracture survenue au début de l'année 2013, sa dent ne se serait pas infectée et n'aurait dès lors pas justifié un traitement de racine, traitement qui avait à son tour tant fragilisé la dent qu'elle s'était à nouveau cassée, pour être finalement arrachée et remplacée par un implant. Or, si l'assurance avait réagi plus promptement en donnant son accord au premier traitement préconisé par le dentiste, la dent aurait pu être réparée avant qu'elle ne s'infecte et ne mène à la seconde fracture nécessitant la pose d'un implant. Partant, l'assurée a estimé qu'il y avait un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'aggravation de l'état de sa dent, respectivement que l'assurance s'était rendue coupable à tout le moins d'une négligence ayant induit la détérioration de la dent déjà fragilisée après l'accident. L'intéressée en a déduit que la N. _____ était débitrice de l'entier de la facture des soins dentaires litigieux, y compris le traitement de racine et la pose d'un implant.

Par décision sur opposition du 19 mars 2014, la N._____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 28 janvier 2014. Dans sa motivation, elle a repris l'avis du Dr D._____, estimant qu'il était clair et n'appelait aucun commentaire ultérieur, et a retenu que l'assurée n'apportait aucun argument ou élément susceptible de contredire les conclusions de ce médecin quant à la causalité naturelle.

B. Agissant par l'entremise de son conseil, C._____ a recouru le 22 avril 2014 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à la réforme de celle-ci et à la prise en charge par la N._____ de l'entier des soins dentaires prodigués à la suite du sinistre du 4 [recte : 6] avril 2013, subsidiairement à l'annulation de cette décision. Reprenant pour l'essentiel les arguments invoqués au stade de l'opposition, la recourante relève de surcroît que son cas n'a été examiné par le médecin conseil de l'assurance que sept mois après l'accident. Elle ajoute que si ce dernier a considéré les retards comme n'étant pas imputables à l'assurance, il reste qu'elle a relancé la N._____ à plusieurs reprises et que c'est au cours de ces mois d'attente que son état s'est dégradé en deux phases, soit tout d'abord avec une infection ayant nécessité un traitement de racine, puis, la dent endommagée étant fragilisée, avec une fracture de celle-ci entraînant son extraction et la pose d'un implant. Quant au non-remplacement de la dent 26 invoqué par le Dr D._____ pour refuser la prise en charge d'un implant au niveau de la dent 16, la recourante considère qu'il s'agit là d'un argument vide de sens dès lors que ce médecin n'avait aucune indication concernant l'absence de la dent 26 ou les mesures prévues le cas échéant.

Dans sa réponse du 14 août 2014, la N._____, sous la plume de son conseil, a conclu au rejet du recours. Elle retient essentiellement qu'il appartenait à la recourante d'entreprendre sans délai le traitement adéquat et non de patienter de nombreux mois avant de consulter un médecin-dentiste. Pour l'intimée, l'extraction de la dent 16 et la pose d'un implant résultent ainsi de la consultation tardive d'un médecin-dentiste et

du retard dans le début du traitement. Elle estime dès lors que ces traitements ne sont pas en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 6 avril 2013, et que la prise en charge par l'assurance ne peut s'étendre qu'aux frais de traitement qui auraient été dispensés dans l'hypothèse d'une consultation rapide - à savoir, les frais de traitement d'urgence et de traitement radiculaire de la dent 16 avec pose d'un onlay en céramique/résine trois faces.

Aux termes de sa réplique du 13 octobre 2014, la recourante confirme ses précédents motifs et conclusions. Elle réfute en particulier tout comportement susceptible d'avoir causé l'aggravation de l'état de sa dent et ainsi rompu le lien de causalité entre les traitements litigieux et l'accident subi en avril 2013. Elle rappelle à ce propos que ce n'est en définitive que le 8 octobre 2013 - soit plus de six mois après l'accident - que l'intimée a fini par annoncer sa couverture du cas et que, si la dent était encore réparable en juillet, tel n'était manifestement plus le cas en octobre ; en cas de doute, l'assurée estime que confirmation pourrait être demandée à son médecin traitant. Elle souligne par ailleurs que, dans le courrier qu'il lui a adressé le 8 octobre 2013, l'assureur la priait explicitement d'excuser le retard apporté dans le traitement de son dossier et qu'au regard de cet aveu, on comprend mal qu'il puisse désormais, en procédure de recours, soutenir qu'il aurait traité le cas avec toute la diligence nécessaire. De l'avis de la recourante, ce n'est qu'après avoir été relancée très vigoureusement que l'intimée a donné son accord au premier devis qui était en sa possession depuis plusieurs mois, et ce bien qu'ayant appris que la situation s'était dégradée en raison de son manque de diligence dans le traitement du dossier. Concernant ses dents manquantes, l'assurée observe qu'il s'agit notamment de quatre dents de sagesse et que, par rapport à une dentition normale, il ne lui manque en réalité qu'une seule dent, enlevée suite à une infection sous un plombage. Elle soutient en outre que le second devis dentaire n'a pas été transmis sans explication à la N._____, puisqu'elle-même avait adressé plusieurs courriels et un courrier recommandé à l'assurance afin d'expliquer la situation. Quant à la thèse selon laquelle le traitement de racine aurait induit une fragilisation de la dent qui se serait à nouveau cassée suite à ce

traitement, la recourant fait valoir que cette procédure a simplement soigné l'infection de la dent, qui a été ainsi été réparée provisoirement. Elle ajoute qu'une reconstitution subséquente ne peut être faite immédiatement et que la dent reste fragile aussi longtemps que la reconstitution de la dent n'a pas été effectuée. A son écriture, la recourante joint un onglet de pièces comprenant en particulier divers courriels échangés avec des collaborateurs de la N._____.

Par acte du 3 novembre 2014, l'intimée maintient sa position.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (cf. art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (cf. art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours est déposé en temps utile et satisfait pour le surplus aux autres conditions formelles de recevabilité (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (cf. art. 93 let. a LPA-VD). Au regard du montant auquel ont été devisés les frais de traitement dont la prise en charge est contestée, il y a lieu de retenir que la valeur litigieuse est en

l'espèce inférieure à 30'000 fr., de sorte que la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; cf. RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est litigieuse la prise en charge des frais de traitement dentaire de la recourante suite à la chute à ski subie le 6 avril 2013.

3. a) Selon 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.

b) La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (cf. ATF 119 V 337 consid. 1 et 118 V 289 consid. 1b avec les références) et adéquate (cf. ATF 125 V 461 consid. 5a et les références) avec l'événement assuré.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 avec les références et 129 V 402 consid. 4.3.1). Pour admettre l'existence d'un lien

de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b avec les références ; cf. également TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références citées ; cf. TF 8C_925/2014 du 18 décembre 2015 consid. 3). En cas d'atteinte à la santé physique, ce rapport de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; cf. dans le même sens TF 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.4.2 et 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 avec les références citées).

c) Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir, notamment, le traitement ambulatoire dispensé par le médecin (let. a). Ce droit s'étend à toutes les mesures qui visent une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il s'agit d'éliminer de la manière la plus complète possible les atteintes à la santé physique ou psychique. La preuve que la mesure envisagée est de nature à améliorer l'état de santé doit être établie avec une vraisemblance suffisante ; celle-ci est donnée dès que l'on peut admettre que le traitement envisagé ne représente pas seulement une possibilité lointaine d'amélioration (cf. TF 8C_112/2014 du 23 janvier 2015 consid. 2.1 et les références citées).

Selon l'art. 48 al. 1 LAA, l'assureur peut prendre les mesures qu'exige le traitement approprié de l'assuré en tenant compte équitablement des intérêts de celui-ci et de ses proches. Il est fondé, par exemple, à refuser la prise en charge d'un traitement qu'il n'a pas ordonné ou qu'il juge inapproprié (cf. RAMA 1995 n° U 227 p. 190 ; cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 197 p. 969). Le traitement doit non seulement être approprié, c'est-à-dire adéquat, mais également économique (cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 198 p. 969). Ainsi, l'art. 54 LAA énonce que lorsqu'ils soignent des assurés, leur prescrivent ou leur fournissent des médicaments, prescrivent ou appliquent un traitement ou font des analyses, ceux qui pratiquent aux frais de l'assurance-accidents doivent se limiter à ce qui est exigé par le but du traitement.

La responsabilité ultime pour le traitement appartient à l'assureur et c'est auprès de lui, en principe tout au moins, que les fournisseurs de prestations doivent demander l'autorisation de prendre les mesures qui leur paraissent indiquées pour le traitement du patient (cf. ATF 136 V 141 consid. 4.2). En cas d'urgence, s'agissant de soins de premier secours ou destinés à soulager des douleurs insupportables, le médecin peut prodiguer les traitements usuels sans annonce préalable à l'assureur. Il appartient ensuite au médecin de communiquer sans délai à

l'assureur, par le biais du formulaire idoine, les mesures diagnostiques et thérapeutiques déjà effectuées et encore à prévoir, ainsi que d'éventuelles propositions thérapeutiques. Si l'assureur ne refuse pas ces mesures dans un délai utile, le médecin peut les considérer comme approuvées. Si le médecin omet de procéder à une telle annonce et entreprend des mesures nécessitant l'accord de l'assureur sans en référer à ce dernier, il ne dispose alors, en principe, d'aucune prétention au paiement des honoraires correspondants, que ce soit au travers de l'assureur ou du patient lui-même (cf. Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, Berne 1985, p. 297 ; cf. Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4^e éd., Zurich/Bâle/Genève 2012, p. 233 ; cf. également ATF 136 V 141 consid. 4.5 in fine).

d) Dans le domaine des assurances sociales, 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, 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (cf. ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références).

4. Il n'est pas contesté en l'occurrence que, le 6 avril 2013, l'assurée a été victime d'un événement accidentel lors duquel elle s'est cassé la dent 16.

Est en revanche controversée la question de savoir dans quelle mesure le traitement dentaire qui s'en est suivi doit être mis à la charge de l'intimée. Ainsi, la N._____ estime qu'il lui incombe d'assumer

uniquement le traitement devisé le 26 août 2013, de même que les frais de traitement d'urgence, pour un montant de 1'966 fr. 40 (cf. courrier de la N._____ du 8 octobre 2013 à E._____, Clinique dentaire, auxquels renvoient la décision du 28 janvier 2014 p. 3 et la décision sur opposition du 19 mars 2014 p. 2 ; cf. réponse du 14 août 2014 p. 14). La recourante considère, pour sa part, que la détérioration ultérieure de sa dent - ayant finalement conduit à l'extraction de celle-ci et à la pose d'un implant - est imputable au retard avec lequel l'assureur a traité son dossier et que c'est dès lors l'entier du traitement effectué au niveau de la dent 16, devisé le 8 octobre 2013 à 4'969 fr. 80, qui doit être pris en charge par la N._____.

a) A l'examen du dossier, on constate qu'aucun traitement auprès d'un médecin-dentiste n'était signalé aux termes de la déclaration de sinistre LAA remplie le 16 avril 2013, soit dix jours après l'accident. Répondant aux questions de l'assurance le 3 juillet 2013, l'assurée a indiqué que, sur le plan du suivi médical, elle demeurait dans l'attente de nouvelles de la N._____. Elle a ensuite consulté un cabinet dentaire le 9 juillet 2013, bénéficiant d'une extirpation de la pulpe dentaire. Le 16 juillet suivant, l'intimée s'est vu adresser une estimation d'honoraires atteignant la somme de 1'966 fr. 40, essentiellement pour un traitement radiculaire avec pose d'un onlay en céramique/résine trois faces au niveau de la dent 16. Ce traitement a été confirmé par le Dr T._____ dans un questionnaire remis par l'assurance le 10 juillet 2013 mais complété par ce médecin le 26 août 2013. Le 7 octobre 2013, la N._____ s'est toutefois vu adresser une nouvelle estimation d'honoraires d'un montant de 4'969 fr. 80, faisant notamment référence à une extraction de la dent 16 et à l'insertion d'un implant avec couronne.

b) La recourante a expliqué que c'était parce que l'intimée avait tardé à statuer sur le premier devis que l'état de sa dent s'était dégradé entre l'été et l'automne 2013. Plus particulièrement, elle a fait valoir que sans la fracture survenue en avril 2013, sa dent ne se serait pas infectée et n'aurait donc pas nécessité de traitement de la racine en juillet 2013, traitement qui avait à son tour tant fragilisé la dent que celle-ci s'était à nouveau cassée pour devoir finalement être retirée et remplacée

par un implant. Or, si l'assurance avait réagi plus promptement au donnant son accord au premier traitement préconisé par le dentiste, la dent aurait pu être réparée avant qu'elle ne s'infecte et ne se détériore au point de justifier le second traitement envisagé par le médecin (cf. opposition du 21 février 2014 p. 5 et mémoire de recours du 22 avril 2014 p. 5 s.). Ultérieurement, la recourante a nuancé la thèse selon laquelle le traitement de racine aurait fragilisé la dent qui se serait ensuite à nouveau cassée, alléguant que ledit traitement avait simplement soigné l'infection de la dent qui avait ainsi été réparée provisoirement, étant relevé qu'une reconstitution ne pouvait être faite immédiatement et que la dent restait fragile aussi longtemps que la reconstitution n'avait pas été effectuée (cf. réplique du 13 octobre 2014 p. 3).

On ne saurait toutefois se ranger à l'avis de la recourante.

C'est en effet oublier que cette dernière a laissé s'écouler un intervalle de trois mois avant d'aller consulter un dentiste, l'accident étant survenu le 6 avril 2013 et la première consultation datant du 9 juillet suivant. L'assurée - qui s'était pourtant retrouvée avec un fragment de dent brisée dans la bouche lors de l'événement du 6 avril 2013 et ne pouvait dès lors ignorer le dommage causé à sa dentition - aurait en effet dû consulter un médecin sans attendre, cela afin de limiter l'étendue possible des dégâts susceptibles d'être engendrés sur le plan dentaire suite à l'accident. On rappellera à cet égard que l'obligation de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales, en vertu duquel la personne assurée doit, après la survenance du dommage, prendre toutes les mesures possibles et exigibles afin de le réduire ou d'y pallier (cf. ATF 129 V 460 consid. 4.2). Aussi, même sans disposer de connaissances approfondies en médecine dentaire, on peut néanmoins raisonnablement attendre d'une personne s'étant cassé une dent qu'elle consulte rapidement un spécialiste pour éviter tout risque de détérioration supplémentaire. L'assurée n'a manifestement pas satisfait à cette attente puisque, du fait de son inaction, les aliments infiltrés dans la dent non traitée depuis avril 2013 ont fini par entraîner une infection en juillet 2013

(cf. écriture de la recourante du 7 octobre 2013 p. 1), la situation s'étant ensuite péjorée au point d'amener à la perte de cette dent.

La recourante soutient malgré tout avoir agi en conformité avec l'art. 54a LAA, en soumettant immédiatement un devis du traitement à entreprendre afin que l'assurance procède au contrôle préalable pour se prononcer sur le droit aux prestations (cf. opposition du 21 février 2014 p. 4 et mémoire de recours du 22 avril 2014 p. 5). C'est toutefois à mauvais escient qu'elle s'appuie sur une telle argumentation. D'une part, le principe des prestations de soins en nature - où l'assureur est censé fournir lui-même le traitement médical même s'il le fait par l'intermédiaire d'un médecin ou d'un hôpital - implique certes que les médecins et autres fournisseurs soient tenus de communiquer à l'assureur les données médicales indispensables, conformément à l'art. 54a LAA (cf. 136 V 141 consid. 4.1 et 4.2 ; cf. TF 8C_112/2014 précité consid. 2.2 et les références citées) ; cette disposition ne pose en revanche aucune obligation de ce type à la charge des assurés et ne saurait davantage justifier l'absence de recours à un médecin dans un délai raisonnable. En cas de soins urgents, le système mis en place par la LAA ménage précisément une certaine marge de manœuvre au médecin consulté, qui peut dans de telles circonstances prodiguer les soins usuels avant d'en faire ensuite l'annonce à l'assureur compétent (cf. consid. 3c supra). Sous cet angle, le raisonnement de la recourante tombe donc à faux. Le même constat s'impose au regard du formulaire de déclaration de sinistre LAA, qui comportait justement une rubrique dédiée aux premiers soins fournis à la suite d'un accident (cf. ch. 11). C'est du reste également le cas du questionnaire complémentaire remis le 26 juin 2013 à l'intéressée et complété le 3 juillet 2013 par celle-ci (cf. let. e p. 1). Peu importe que, dans ses réponses à ce questionnaire, la recourante ait indiqué être dans l'attente de nouvelles de la N._____. En effet, au regard des renseignements demandés, l'assurée pouvait comprendre qu'il n'était pas attendu d'elle qu'elle sursoie à tout traitement dans l'attente de l'acceptation de son dossier ; en cas de doute, il lui incombait à tout le moins de vérifier ce point auprès de l'assureur-accidents, ce qu'elle n'a de toute évidence pas fait. D'autre part, force est de rappeler que l'accident

est survenu en avril 2013 et que le premier devis de soins dentaires transmis à la N._____ date du 16 juillet 2013. Bien plus, le « *Questionnaire concernant les lésions / Devis détaillé* » adressé le 10 juillet 2013 à E._____, Clinique dentaire - et qui invitait expressément le praticien concerné à attendre la confirmation de prise en charge de l'assurance « *pour autant que des travaux immédiats ne doivent pas être entrepris* » (cf. p. 1) - n'a été complété que le 26 août 2013 par le Dr T._____. Quoi qu'en dise la recourante, de tels délais ne sont manifestement pas le fait de l'intimée, laquelle a pris position le 8 octobre 2013 moins d'un mois et demi après la réception dudit questionnaire, soit un laps de temps dont l'assurance a certes admis la longueur (cf. courriel de X._____ du 10 décembre 2013) mais qui n'apparaît pas pour autant excessif.

Par ailleurs et surtout, la Cour de céans ne peut que reprendre l'avis du Dr D._____, considérant que l'on pouvait affirmer « *avec une vraisemblance plus que prépondérante* » que la perte de la dent 16 était due à l'attente entre le choc et le début du traitement (cf. avis médical du 20 novembre 2013). De cette appréciation médicale qu'aucun élément objectif au dossier ne vient infirmer, il ressort par conséquent que, si l'accident de ski du 6 avril 2013 a effectivement causé un dommage dentaire, il n'est en revanche plus à l'origine de la perte ultérieure de la dent 16.

Au final, c'est donc à tort que la recourante a cherché à se disculper en mettant en cause le suivi de son dossier par la N._____. De l'ensemble des éléments qui précèdent, il ressort en effet, au degré de la vraisemblance prépondérante (cf. consid. 3c supra), que si l'assurée a certes subi une lésion de la dent 16 en tombant à ski le 6 avril 2013, l'aggravation ultérieure ayant abouti à l'extraction de cette dent et à son remplacement par un implant résulte, quant à elle, du laps de temps écoulé entre l'accident et la mise en œuvre d'un traitement médical. En d'autres termes, si l'accident du 6 avril 2013 a bien occasionné une fracture coronaire avec lésion pulpaire au niveau de la dent 16 (cf. devis détaillé du Dr T._____ du 26 août 2013 et avis médical du Dr D._____

du 20 novembre 2013), cet événement n'a par contre pas induit la péjoration ayant finalement amené à la perte de la dent accidentée, aggravation provoquée par une prise en charge médicale tardive. Cela étant, il faut donc nier la relation de causalité - naturelle et, en présence d'un dommage physique, également adéquate (cf. consid. 3b supra) - entre la chute à ski du 6 avril 2013 et la perte de la dent 16.

C'est dès lors à juste titre que l'intimée a considéré que seuls pouvaient être mis à sa charge les frais de traitement qui auraient été dispensés dans l'hypothèse d'une consultation en temps utile auprès d'un médecin-dentiste, à savoir les frais de traitement d'urgence et de traitement radiculaire de la dent 16 avec pose d'un onlay en céramique/résine trois faces, mais qu'elle a en revanche refusé d'assumer les coûts de l'extraction de la dent 16 et de la pose d'un implant avec couronne (cf. réponse du 14 août 2014 p. 14).

c) Au regard des considérants ci-dessus, il appert que la décision attaquée est conforme au droit dans son résultat.

Dans ces conditions, on peut laisser ouverte la question de savoir si, par rapport aux autres dents manquantes de la recourante, les soins envisagés en octobre 2013 au niveau de la dent 16 étaient adéquats et économiques.

Enfin, on ajoutera encore, par surabondance, que l'on ne voit pas en quoi l'interpellation du médecin traitant - évoquée par la recourante quant au caractère réparable ou non de la dent 16 en juillet 2013, respectivement en octobre 2013 (cf. réplique du 13 octobre 2014 p. 2) - serait de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008).

5. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. ATF 127 V 205).

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

- I. Le recours déposé le 22 avril 2014 par C._____ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 19 mars 2014 par la N._____ [...] est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Yves Nicole (pour C._____),
- Me Christian Grosjean (pour la N._____ [...]),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :