

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 5 juillet 2016

---

Composition : M. NEU, juge unique  
Greffière : Mme Parel

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**K.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représenté par Me Laurent Trivelli, avocat à Lausanne,

et

**P.**\_\_\_\_\_, à Bâle, intimée, représentée par Me Christian Grosjean, avocat à Genève.

---

**Art. 6, 10 et 36 al. 1 LAA; 11 OLAA; 4 et 45 al. 1 LPGA**

**E n f a i t :**

**A.** Par déclaration de sinistre du 12 mars 2014, la Fondation E.\_\_\_\_\_, employeur de K.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), a annoncé à la P.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assureur accident ou l'intimé), l'événement survenu en date du 11 mars 2014 en ces termes :

"En faisant du trot attelé, le cheval de Mme K.\_\_\_\_\_ s'est emballé. Elle a essayé de le faire bifurquer dans un champ pour le faire ralentir. Il est parti encore plus vite et a bifurqué à grande vitesse sur le chemin, Mme K.\_\_\_\_\_ a été éjectée du sulky."

L'employeur précisait que l'assurée présentait des plaies ouvertes et des contusions sur le visage, les côtes, la nuque et le haut du corps du côté gauche et que les premiers soins avaient été dispensés par la Dresse V.\_\_\_\_\_, médecin assistante à la Polyclinique [...]. Il a produit le certificat médical établi par cette dernière le 11 mars 2014 attestant l'incapacité totale de travail de l'assurée du 11 au 16 mars 2014.

Par certificat médical du 18 mars 2014, la Dresse V.\_\_\_\_\_ a attesté l'incapacité totale de travail de l'assurée jusqu'au 23 mars suivant.

Par certificat médical LAA du 20 mars 2014, le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecin-chef des Etablissement hospitaliers [...], a indiqué comme diagnostic provisoire une contusion de la face sur chute à cheval. Il a fait état à la rubrique "constat" d'une tuméfaction pyramide nasale et de plaies des lèvres suturées ainsi que de l'existence de vertiges lors du contrôle du 18 mars 2014, de l'absence de cervicalgies et de syndrome cervical, d'un examen neurovasculaire normal, et d'une cicatrisation normale sans surinfection. Il a attesté que l'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 11 mars 2014 et qu'une reprise était prévue pour le 18 mars 2014, sous réserve de l'évolution des vertiges.

Le 24 mars 2014, l'assurée a répondu au questionnaire complémentaire LAA de l'assureur en précisant qu'alors qu'elle rentrait d'une promenade d'une heure sur un chemin connu, son cheval avait eu peur d'un lièvre qui était sorti du bois et s'était emballé. Elle a indiqué qu'elle pratiquait l'attelage depuis plus de 30 ans.

Le 4 avril 2014, G.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste SVMC, a indiqué sur le formulaire LAA intitulé "lésions dentaires / constatations" que lors de la consultation du 27 mars précédent il avait observé qu'aucune dent ne manquait, qu'il n'y avait pas de dents défectueuses non traitées ni de dents atteintes de parodontose; il a fait état de dents défectueuses traitées. Il a précisé que l'assurée avait reçu un choc sur la face, que le test de vitalité était positif, qu'il n'y avait pas de douleur à la percussion mais des douleurs au niveau de l'arcade zygomatique. Il n'a pas proposé de traitement tout en émettant des réserves pour l'avenir.

L'assurée a consulté la Dresse C.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie maxillo-faciale, le 2 mai 2014. Sur le formulaire intitulé "Lésions dentaires selon la LAMal Résultat d'examen/devis", celle-ci a indiqué que l'accident du 11 mars 2014 avait provoqué comme dommages :

"3.8 Os du maxillaire ou parties molles

Sang distal 37 avec mobilité grade 1-2, CO2 nég. Trouble de l'occlusion: pas d'occlusion possible entre max. sup et mandibule, déviation de la mandibule de 6 mm vers la droite avec promandibulie. Plaies suturées lèvre sup et"

Elle a indiqué qu'il y avait des dents défectueuses non traitées ainsi que des dents réparées. A la rubrique "Mesures immédiates" (chiffre 5 du formulaire), elle a mentionné : "Test CO 2 dent 37 (nég), OPT, CT massif facial y compris ATM et mandibule, IRM des deux ATM, empreintes sup et inf. Comme mesures thérapeutiques, elle a indiqué "Fixation intermaxillaire avec fils d'acier (technique selon Obwegeser) pour troubles de l'occlusion massifs (déviation de la mandibule à droite et promandibulie)". A la rubrique des "Propositions de traitement intermédiaire - évolution ultérieure probable (chiffre 6), la Dresse C.\_\_\_\_\_ a noté :

- " - Observation nécessaire pendant au moins 5 années.
  - Traitement d'orthopédie dento-faciale devenu nécessaire ou rendu plus compliqué par suite de l'accident; la consultation d'un spécialiste SSO en orthopédie dentio-faciale reste réservée.
  - Un traitement définitif ne pourra être envisagé qu'après une période d'observation 1 an
- L'occlusion a été très difficile à maintenir en place malgré la fixation maxillo-mandibulaire prolongée au vu de l'overjet d'à peine 0,5 mm max et du traumatisme des ATM + dysbalance neuro-musculaire"

A la rubrique "Propositions pour le traitement définitif" (chiffre 7), elle a indiqué qu'il fallait attendre de voir si l'occlusion restait en place durablement ou après ouverture de la fixation intermaxillaire et qu'en cas contraire il faudrait envisager de la chirurgie orthognathique combinée avec de l'orthodontie. Elle a encore relevé que le CT n'avait pas montré de fracture et l'IRM de luxation/déchirement discal ATM gauche malgré la persistance des troubles de l'occlusion. A ce formulaire était notamment joint le devis des soins prévus pour un montant total estimé à 4'113 fr. 60.

Le 28 août 2014, l'assureur accident a soumis à l'avis de son médecin-dentiste conseil, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste SSO en médecine dentaire reconstructive, le devis dentaire ainsi que les radiographies de la Dresse C.\_\_\_\_\_ en le priant de se déterminer sur le traitement proposé.

Le rapport du 29 août 2014 du Dr Z.\_\_\_\_\_ indique ce qui suit

:

"Accident 11.03.2014

Déclaration d'accident 12.03.2014

Blessures : visage, les côtes, nuque, haut du corps"

Certificat médical après examen du 11.03.2014

Tuméfaction pyramidal nasale, plaies des lèvres suturées (sup et inf)

Examen neuro-musculaire

Quelques vertiges secondaires.

Examen dentaire 27.03.2014

Domage dentaire : néant

Vitalité (1), pas de douleur à la percussion, douleur au niveau de l'arcade zygomatique

Examen maxillo-facial 2.05.2014

Dent 27 : subluxée

Dents 13, 14, 15, 16, 17, 33, 34, 35, 36, 37 : contusionnées

Dent 37 : Co2 négative

Déviations de la mandibule à droite et promandibulie.

Traitement immédiat

Fixation intermaxillaire (technique Obwegeser) pour troubles de l'occlusion massifs.

Examen radiologique

OPT 21.05.2014

Denture : manquent les dents 38 et 48

Dent 28 : incluse, kyste folliculaire et résorption osseuse mésiale jusqu'à l'apex de la 27

Dent 37 : énorme carie distale.

CT du massif facial 5.05.2014

Pas de fracture

Congruence des articulations temporo-mandibulaires (ATM) conservée.

IRM 1.07.2014

- ATM des deux condyles symétriques, morphologie normale
- Condyles des deux côtés : aspect normal
- Tissus mous sans particularités

Appréciation

Etant donné :

- 1) Qu'il n'y a eu aucun dommage dentaire et osseux constaté le 11.03.2014 par le médecin
- 2) Qu'aucun dommage dentaire (fracture, lésions, mobilité, sensibilité) n'ont été constatés lors de l'examen du 27.03.2014 par le dentiste
- 3) Que ni l'OPT, ni le CT, ni l'IRM ne montrent de dommages, dentaires, osseux ou fonctionnels
- 4) Qu'il est impossible de constater la contusion de neuf dents 2 mois après un choc
- 5) Que la dent 27 a une mobilité accrue à cause de la dent 28 qui lui a résorbé tout l'os alvéolaire distal
- 6) Que la dent 37 est dévitalée, avec une vraisemblance plus que prépondérante, à cause de l'énorme carie distale
- 7) Qu'une modification occlusale d'une telle importance ne peut se faire - suite à un seul choc - sans que les autres thérapeutes ne l'aient constatée

On peut affirmer, avec une vraisemblance plus que prépondérante, que la relation de causalité entre le problème occlusal constaté le 2.05.2014 et le choc subi le 11.03.2014 est exclu.

En conséquence les traitements proposés par la Dresse C. \_\_\_\_\_ ne peuvent être pris en charge par l'assureur accident."

Le 12 septembre 2014, faisant siennes les conclusions de son médecin conseil, l'intimée a rendu la décision suivante :

- "1. Le lien de causalité naturelle et adéquate ente les travaux dentaires devisés le 2 mai 2014 par la Dresse C. \_\_\_\_\_ et l'événement du 11 mars 2014 n'est pas admis.
2. Il n'y a plus de droit aux prétentions (sic) de l'assurance-accidents auprès de la P. \_\_\_\_\_ et la prise en charge des prestations d'assurance doit être refusée."

Par courrier du 30 septembre 2014, l'assurée a formé opposition à la décision du 12 septembre 2014 en faisant notamment valoir ce qui suit :

**"Point 1.**

Le rapport médical du Docteur Q.\_\_\_\_\_ ne peut décrire "cicatrisation normale" alors qu'il ne m'a pas touchée, qu'il s'est contenté de me regarder après l'intervention du médecin assistant qui a recousu mes lèvres supérieure et inférieure (6 points). Il s'est alors contenté de dire qu'il n'y avait pas besoin d'un scanner. Le médecin assistant ne pouvait pas du tout intervenir au niveau de l'intérieur de la bouche vu le traumatisme facial.

**Point 2.**

Le lien de causalité naturelle et adéquate ne saurait être refusé entre l'accident et les travaux de la Dresse C.\_\_\_\_\_ [...] qui vous fera parvenir, j'en suis certaine un rapport détaillé pour votre médecin-conseil.

**Point 3.**

Comment est-il possible d'arriver à la conclusion qu'une **seule dent** (énorme carie" ait pu dévier une mâchoire, s'il n'était les douleurs et en plus les conclusions de votre assurance ce n'est vraiment pas sérieux...

**Point 4.**

Monsieur [...], Votre Directeur [...], à qui j'ai immédiatement signalé votre courrier, avec un grand étonnement de ma part peut témoigner de mon intégrité.  
[...]"

Par courrier du 8 octobre 2014, la Dresse C.\_\_\_\_\_ a signifié à l'assureur accident son désaccord total avec la décision du 14 septembre 2014 en faisant valoir notamment ce qui suit :

**"Rappel des faits:** le 11 mars 2014 en faisant du trot attelé, le cheval de Madame K.\_\_\_\_\_ s'emballe et part à vitesse élevée. Madame K.\_\_\_\_\_ est éjectée du sulky et tombe sur la face, sans perte de connaissance.

Elle saigne abondamment de la bouche, a des douleurs sur la face, aux côtes et à la nuque en particulier. Elle se plaint de suite également de vertiges.

Elle se rend à l'hôpital [...] où elle sera examinée et suturée au niveau des deux lèvres supérieure et inférieure. Aucune radiographie ne sera effectuée.

La médecin-assistante qui la prend en charge et l'examine lui recommande de voir un spécialiste pour une évaluation maxillo-faciale et dentaire, puisque cela outrepassse ses compétences.

Les vertiges dureront 3 semaines environ, Madame K.\_\_\_\_\_ retournera à l'hôpital [...] à plusieurs reprises pour contrôles et notamment à cause des vertiges avec un nouvel examen neurologique.

En date du 27 mars 2014, Madame K.\_\_\_\_\_ se rend chez son médecin-dentiste traitant, qui, au vu des plaies encore fraîches et douloureuses au niveau des lèvres encore enflés avec hématome vestibulaire et au vu des douleurs de l'hémiface gauche, ne peut que faire un examen superficiel, comme vous le constatez d'après son rapport. Il n'a pas pu voir la grosse carie sur la dent 37 puisque les lèvres sont encore douloureuses, rendant une ouverture buccale optimale difficile et surtout la persistance des douleurs de l'hémiface gauche l'incitent à m'adresser la patiente pour examen ultérieur et évaluation maxillo-faciale. Il émet, par ailleurs, ses réserves du point de vue du traitement, ne pouvant apprécier la situation correctement et complètement à ce stade-là.

Entretemps la patiente se remet lentement du traumatisme et prend rendez-vous chez moi dès qu'elle se sent mieux : le rendez-vous est fixé au 2 mai 2014 à mon cabinet. Nous sommes à 7 semaines et 3 jours après l'accident.

A l'examen clinique, je constate d'emblée un trouble de l'occlusion important avec promandibulie et déviation de la mandibule vers la droite: c'est le signe clinique, pour tout spécialiste maxillo-facial, d'un traumatisme important, pouvant aller de la fracture mandibulaire à la contusion importante de l'articulation temporo-mandibulaire.

[...]

En tout état de cause, il y a certainement eu **au minimum une contusion très importante au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire gauche, accompagnée très probablement d'un épanchement intraarticulaire important**, ayant provoqué un trouble de l'occlusion majeur, ce qui en est la conséquence directe, qui n'a pas été vu antérieurement, étant donné les circonstances mentionnées ci-dessus. Je constate aussi, d'après les modèles, une overbite proche de zéro, ce qui évidemment facilite d'autant plus la déviation mandibulaire sans aucun obstacle.

Donc en tant que spécialiste maxillo-facial, les troubles occlusaux présentent une causalité naturelle claire et évidente suite à l'accident.

D'où le traitement de fixation intermaxillaire qui a été nécessaire pendant 4 semaines puisque l'accident datait déjà d'un certain temps. Le traitement doit être dirigé par la clinique et pas par des images radiologiques (qui étaient par ailleurs tardives, 2 mois post accident).

Actuellement, l'occlusion de Madame K. \_\_\_\_\_ est conforme et habituelle à l'occlusion qu'elle avait avant l'accident. Elle n'a plus de douleurs à l'hémiface gauche.

**En résumé, par la présente, je réfute les éléments énoncés par le Dr Z. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 29 août 2014**

- 1) "Pas de dommage dentaire ni osseux le 11.03.2014": la médecin-assistante n'avait pas les compétences pour effectuer un examen maxillo-facial, ni pour évaluer des troubles d'occlusion et l'a communiqué honnêtement à la patiente.
- 2) "Aucun dommage dentaire n'a été constaté par le dentiste le 27.03.2014": le dentiste de Madame K. \_\_\_\_\_ n'a pas pu faire d'examen approfondi au vu des lèvres encore tuméfiées et des douleurs de l'hémiface gauche. De même il n'a pas pu voir la grosse carie sur la dent 37 pour ces mêmes raisons. Par ailleurs, il a émis des réserves pour la suite du traitement et me l'a adressée puisqu'il avait des doutes certains sur le diagnostic effectif au vu des plaintes de la patiente.
- 3) "Que ni l'OPT, ni le CT, ni l'IRM ne montrent de dommages": tous ces examens radiologiques ont dû être effectués à distance de l'accident (OPT: le 2 mai 2014, CT le 5 mai 2014, IRM des ATM le 01.07.2014) c'est-à-dire dès pratiquement 8 semaines après l'accident. C'est le temps moyen de guérison d'une éventuelle fracture osseuse intracondylienne non déplacée. D'autre part, comme déjà signalé plus haut, sur le CT que j'ai revu avec le Dr [...] du [...], il n'est pas exclu qu'une fissure, voire une fracture intraarticulaire non déplacée au niveau de l'ATM gauche ait eu lieu lors de l'accident, étant donné la présence d'une corticale interrompue par endroits.
- 4) "Il est impossible de constater la contusion de 9 dents 2 mois après un choc": d'après mon expérience, il est tout à fait possible 2 mois après un choc de constater des dents contusionnées, suite à un trouble de l'occlusion tel que présentait la patiente, avec des contacts permanents anormaux et inhabituels entre les dents 23, 24, 25, 26, 27 avec les dents 33, 34, 35, 36 et 37. Cela s'appelle un **traumatisme occlusal**.
- 5) "Que la dent 27 a une mobilité accrue à cause de la dent 28 qui résorbe l'os alvéolaire distal": en ce qui me concerne, au vu de la situation clinique, je pense que la dent 27 a subi un traumatisme

(choc) pendant l'accident du 11 mars 2014 et que, par la suite, le traumatisme occlusal a entretenu les douleurs. Entretemps j'ai revu la patiente et la dent 27 n'est plus douloureuse et s'est stabilisée ne montrant pas de mobilité secondaire. Il n'empêche que le pronostic de cette dent est réservé, puisque le kyste folliculaire de la dent 28 incluse et en mésioversion résorbe l'os distal ainsi que partiellement les racines distales de la dent 27.

- 6) "Que la dent 37 est dévitalée avec une vraisemblance plus que prépondérante à cause de l'énorme carie distale": voilà bien le seul point où je suis tout à fait d'accord avec le Dr Z. \_\_\_\_\_: il n'a jamais été question dans mon rapport que la dent 37 soit dévitalée suite au traumatisme. Il est évident que la dent 37 est dévitalée suite à la grosse carie de la dent 37. J'ai du reste prié la patiente de se faire traiter la dent (à ses frais bien entendu) (traitement de racine ou extraction). En effet, l'occlusion étant restée totalement anormale, je ne pouvais pas permettre qu'un éventuel abcès survienne lors de la fixation intermaxillaire.
- 7) "Qu'une modification occlusale d'une telle importance ne peut se faire - suite à un seul choc - sans que d'autres thérapeutes ne l'aient constaté": je réfute totalement cette affirmation car suite à un choc de cette importance sur la face, un trouble de l'occlusion est plus que probable. De plus, comme commenté aux points 1) et 2) ci-dessus, ni la médecin-assistante qui l'a vue lors de l'accident n'avait les compétences requises pour constater cette anomalie de l'occlusion (elle-même a bien souligné ce point) et que lors de l'examen chez son médecin-dentiste, le status n'a pu être que superficiel et partiel au vu de la tuméfaction et des douleurs encore présentes chez la patiente. Du reste, en temps normal, la grosse carie de la dent 37 aurait été vue avec certitude par son médecin-dentiste. Celui-ci, du reste, émet, après avoir examiné la patiente, des réserves quant à la suite du traitement et me l'a adressée pour avoir un avis de spécialiste.

Au vu de ce qui précède, je vous prie donc de prendre en charge le traitement effectué chez cette patiente, conséquence directe du traumatisme important sur l'articulation temporo-mandibulaire gauche. Il n'y a pas d'autre causalité pour expliquer cette anomalie de l'occlusion, qui s'est corrigée et s'est tout à fait normalisée après une fixation intermaxillaire de 4 semaines.

Dans l'éventualité où vous persistez à maintenir vos conclusions selon votre lettre du 12 septembre 2014, j'exige une expertise du cas par un chirurgien maxillo-facial expérimenté."

Par décision sur opposition du 20 octobre 2014, l'assureur accident a rejeté l'opposition et confirmé la décision de refus de prestations du 12 septembre 2014 en reprenant les motifs de cette dernière.

**B.** Le 27 octobre 2014, la Dresse C. \_\_\_\_\_ a adressé à l'assureur accident une facture d'un montant de 2'808 fr. 60 ainsi que le détail de ses honoraires.

Par courrier de son conseil, Me Laurent Trivelli, avocat à Lausanne, l'assurée a invité l'assureur accident à revoir sa décision dans un délai au 17 novembre 2014. Etait joint à cette lettre le rapport établi le 3 novembre précédent par le Dr J.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste spécialiste en microchirurgie, qui confirme l'appréciation médicale de la Dresse C.\_\_\_\_\_.

**C.** Par acte du 20 novembre 2014, K.\_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition rendue par la P.\_\_\_\_\_ le 20 octobre 2014 en concluant à son annulation. Elle conteste l'appréciation médicale du médecin conseil de l'intimée et reprend pour l'essentiel celle de la Dresse C.\_\_\_\_\_, qui conclut à l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 11 mars 2014 et les troubles à la santé (troubles de l'occlusion massifs avec promandibulie).

Par réponse de son conseil, Me Christian Grosjean, avocat à Genève, du 17 mars 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle fait valoir que les conclusions de son médecin conseil ont pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, dans la mesure où il n'a été aucunement constaté une quelconque modification occlusale à la suite de l'événement du 11 mars 2014, l'ensemble des rapports médicaux et radiographiques confirmant ce point de vue. En l'absence d'un lien de causalité naturelle, elle était donc légitimée à refuser de prendre en charge les soins prodigués par la Dresse C.\_\_\_\_\_.

Par réplique du 7 mai 2015, la recourante, constatant le désaccord total entre le médecin conseil de l'intimée et le Dr J.\_\_\_\_\_, a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.

Le 24 septembre 2015, avec l'accord des parties, le juge instructeur a mandaté le Dr F.\_\_\_\_\_, Chef de clinique auprès du Service de chirurgie maxillo-faciale du Centre hospitalier Y.\_\_\_\_\_ (ci-après : Y.\_\_\_\_\_) aux fins d'une expertise judiciaire. Ce dernier, par courrier du 15 octobre 2015, a accepté le mandat, indiquant qu'il pensait pouvoir

rendre son rapport d'ici fin janvier 2016 et qu'il estimait le coût de l'expertise à 2'000 francs.

Le 2 février 2016, le Dr F.\_\_\_\_\_ a déposé son rapport d'expertise dont il ressort notamment ce qui suit :

**"Questionnaire de l'expertise par Maître Grosjean [...]"**

9. Confirmez-vous en particulier l'absence de fracture du massif facial et de fracture maxillaire et mandibulaire; la congruence articulaire temporo-mandibulaire conservée des deux côtés; l'absence de fractures et de décalage dentaire entre les dents du maxillaire supérieur et les dents de la mandibule ?

NON.

Sur l'OPG ainsi que sur le CT-scan du massif facial, on constate la présence d'une déviation de la ligne médiane inférieure de la mandibule de 1.5 - 2 mm vers la droite par rapport à la ligne médiane supérieure. Il y a donc bel et bien un décalage visible radiologiquement et l'on ne peut conclure en l'absence de décalage dentaire.

[...]

15. Est-il envisageable que la modification occlusale retenue par la Dre C.\_\_\_\_\_ le 2 mai 2014 (cf. pièce numéro 28 P.\_\_\_\_\_ ASSURANCE) n'ait pas été constatée par les médecins intervenus préalablement suite à l'accident survenu le 11 mars 2014 ?

OUI (cf. réponse à la question suivante)

16. Confirmez-vous la teneur du rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_ du 19 août 2014 (cf. pièce 35 P.\_\_\_\_\_ ASSURANCE) ?

NON.

Dans la négative, pour quelle raison ?

Dans le rapport du Dr Z.\_\_\_\_\_, il est fait mention d'une dent 27 subluxée. Or, dans le rapport de lésion dentaire du 02.05.2014 de la Dre C.\_\_\_\_\_ (cf. pièce 28 P.\_\_\_\_\_), il est fait mention d'une dent 37 subluxée et non d'une dent 27 subluxée excluant ainsi le point 5) de l'appréciation du Dr Z.\_\_\_\_\_.

Dans son appréciation du cas, le Dr Z.\_\_\_\_\_ affirme au point 7) *qu'une modification occlusale d'une telle importance ne peut se faire - suite à un seul choc - sans que les autres thérapeutes ne l'aient constatée.*

La recherche d'un trouble de l'occlusion et d'une déviation mandibulaire devrait systématiquement faire partie de l'examen clinique de base d'un traumatisme facial en particulier si les tiers moyens et inférieurs du visage ont été touchés. Dans le cas de Mme K.\_\_\_\_\_, un élément me laisse penser que ceci n'a pas été fait dans les règles de l'art.

En effet, si l'on analyse les modèles d'étude réalisés par la Dre C.\_\_\_\_\_ chez Mme K.\_\_\_\_\_ le 04.06.2014 ainsi que les constatations cliniques que j'ai pu faire le 23.11.2015, Mme K.\_\_\_\_\_ présente d'origine un trouble de l'occlusion avec une déviation de la mandibule de 1.5 mm vers la droite. A supposer que le traumatisme subi par Mme K.\_\_\_\_\_ n'a pas causé de modification de l'occlusion, le trouble occlusal d'origine devrait

au minimum être présent. Ce trouble occlusal n'a été constaté par aucun des thérapeutes qui ont précédé la Dre C. \_\_\_\_\_, ce qui aurait dû impérativement être le cas si l'on examine minutieusement un patient chez qui on recherche justement une déviation mandibulaire.

Par ailleurs, comme discuté dans la réponse à la prochaine question, un patient peut avoir perdu son occlusion de convenance suite à une contusion d'une ATM et se retrouver dans une occlusion antalgique, fausse, en alternance avec son occlusion de convenance.

Par conséquent, l'examen de la déviation mandibulaire par ces thérapeutes ne me semble pas fiable et il ne m'est pas possible d'adhérer à la conclusion du Dr Z. \_\_\_\_\_ au point 7.

17. Sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, existe-t-il un lien de causalité naturelle probable entre le trouble occlusal et les traitements médicaux préconisés par la Dre C. \_\_\_\_\_ et l'accident survenu le 11 mars 2014 ?

OUI.

Cette réponse mérite cependant d'être développée.

Lorsqu'un patient présente un trouble de l'occlusion suite à un accident, une fracture mandibulaire est évidemment recherchée. Dans ce cas, les examens radiologiques ont pu démontrer l'absence évidente de fracture et ceci même s'ils ont été réalisés trois mois après le traumatisme.

Des examens radiologiques réalisés trois mois après le traumatisme ne permettent cependant pas d'évaluer à rétro les tissus mous puisque ceux-ci peuvent guérir durant ce laps de temps. Il est fort probable que Mme K. \_\_\_\_\_ a présenté au minimum une contusion de l'ATM suite à sa chute, pouvant être à l'origine d'un trouble de l'occlusion avec déviation de la mandibule vers la droite et promandibulie. Non traitée, cette contusion, plus ou moins sévère, de l'articulation temporo-mandibulaire a pu évoluer vers un syndrome myofascial posttraumatique (expliquant les douleurs de l'hémiface gauche persistantes) et entraîner une fixation neuromusculaire d'une occlusion antalgique, fausse, différente de l'occlusion de convenance (occlusion d'origine) de la patiente. La patiente a ainsi perdu en quelque sorte ses repères, s'est déprogrammée et n'a pu retrouver de façon fiable et reproductible son occlusion de convenance.

Dans un tel cas de figure, on observe que les patients recherchent leur occlusion avec une alternance entre une occlusion de convenance (occlusion d'origine) et une occlusion pathologique, antalgique.

Si l'on considère le point de vue du Dr Z. \_\_\_\_\_ qui suggère qu'une autre cause non-traumatique est à l'origine du problème occlusal, il est effectivement tout à fait possible d'avoir une périodontite sur une infection apicale de la dent 37 dévitalisée à l'origine d'un contact prématuré sur la 37 entraînant ainsi des douleurs et un trouble de l'occlusion. Cependant, la dent 37 a été traitée par le Dr G. \_\_\_\_\_ un mois avant la réalisation de la fixation intermaxillaire, sans aucune amélioration du trouble occlusal constaté par la Dre C. \_\_\_\_\_.

Le rapport entre les dents 27 et 28 a également été évoqué comme cause non-traumatique du problème occlusal. En effet, la dent 27 aurait pu devenir mobile et douloureuse en raison d'une résorption radiculaire par le sac péri-coronaire de la dent 28 avec

comme conséquence des douleurs et un trouble de l'occlusion. Cependant, suite à la fixation intermaxillaire, la dent 27 n'était plus mobile et ne faisait plus mal. La dent 28 et son sac péricoronaire sont à ce jour toujours présents, en contact avec la dent 27 et le problème ne s'est pourtant jamais reproduit.

Si l'on analyse donc ce cas sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, le lien de causalité le plus probable est celui du trouble occlusal causé par l'accident survenu le 11.03.2014.

*"Certainly, trauma to the facial structures can lead to functional disturbances in the masticatory system. Ample evidence supports this concept, p. 147. Management of temporomandibular disorders and occlusion, sixth edition, Jeffrey P. Okeson".*

18. La réponse portant sur la causalité naturelle est-elle en adéquation avec les examens radiologiques ?

OUI.

19. Pour autant qu'un lien de causalité naturelle soit retenu, l'état de santé est-il également influencé par des maladies, des états maladifs antérieurs, d'autres facteurs étrangers à l'accident ?

NON.

L'accident survenu le 11 mars 2014 a-t-il décompensé un état antérieur ?

NON.

A quelle date le statu quo ante ou sine a-t-il été atteint ?

20. Faire toute autre constatation utile.

La Dre C. \_\_\_\_\_ a constaté un trouble de l'occlusion. Ce trouble de l'occlusion, selon ses constatations, comportait une déviation mandibulaire de 6 mm vers la droite et des contacts traumatisants sur les dents 23-27 et 33-37. Si l'on regarde l'OPG et le CT-scan du massif facial réalisés chez Mme K. \_\_\_\_\_ avant la fixation intermaxillaire, on ne constate cependant qu'une déviation mandibulaire de 1.5-2 mm vers la droite compatible avec le trouble occlusal d'origine (occlusion de convenance) de la patiente. Les examens radiologiques ne confirment donc pas les observations cliniques de la Dre C. \_\_\_\_\_.

Comment peut-on expliquer une pareille différence entre observation clinique et résultats radiologiques ?

Comme mentionné dans la réponse donnée à la question 17) de Maître Grosjean, je pense que la patiente naviguait entre son occlusion de convenance et une occlusion antalgique (tantôt l'un, tantôt l'autre), ce qui n'a pas été reconnu par les thérapeutes.

### **Questionnaire de l'expertise adressé par Maître Trivelli [...]**

7. Est-il exact que le trouble de l'occlusion important avec promandibulie et déviation de la mandibule vers la droite est le signe clinique, pour tout spécialiste maxillo-facial, d'un traumatisme important, pouvant aller de la fracture mandibulaire à la contusion importante de l'articulation temporo-mandibulaire ?

OUI.

mais un tel trouble de l'occlusion peut être préexistant au traumatisme (traumatisme ancien, dysmorphose faciale, hypercondylie, tumeur condylienne, etc...) et donc provenir d'une autre origine que le traumatisme.

8. Est-il exact que même si l'OPT effectuée le 2 mai 2014, jour de la première consultation de la Dre C. \_\_\_\_\_, n'objective pas de fracture, l'expérience clinique maxillo-faciale pouvait faire

suspecter une fracture à l'articulation temporo-mandibulaire gauche, ou une forte contusion avec épanchement intra-articulaire ?

OUI.

La clinique laissait suspecter une fracture condylienne ou sous-condylienne avec bascule vers l'avant du fragment proximal ou un épanchement intra-articulaire. Une seule incidence radiologique (l'OPG dans ce cas) n'est pas suffisante pour exclure une fracture et ne permet pas non plus d'exclure un épanchement articulaire.

9. Est-il exact qu'une évaluation objective et selon l'expérience du CT fait suspecter une fracture intra-articulaire non déplacée au niveau de l'ATM gauche (interruption de la corticale à certains endroits de l'ATM gauche), mais qui s'est consolidée avec le temps ?

NON.

il s'agit à mon sens de conjectures.

10. Est-il exact, au vu de l'ensemble des éléments du dossier, qu'il y a eu au minimum une contusion très importante au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire gauche, accompagnée très probablement d'un épanchement intra-articulaire important ?

OUI.

ceci est fort probable puisque la patiente a présenté pendant plusieurs mois des douleurs hémifaciales gauches consécutives à cette contusion. Pour ce qui est de l'épanchement intra-articulaire, ce ne sont à nouveau que des conjectures. Il n'est d'ailleurs pas nécessaire d'avoir un épanchement intra-articulaire pour avoir une déviation mandibulaire suite à une contusion de l'ATM.

11. Est-il exact que cela a provoqué un trouble de l'occlusion majeur, qui est ainsi la conséquence directe du violent choc subi par la patiente ?

OUI.

mais je ne parlerai pas de trouble majeur de l'occlusion car comme je l'ai déjà mentionné, l'OPG et le CT-scan ne montrent qu'une déviation préexistante de la mandibule.

La déviation plus importante de la mandibule de 6 mm observée par la Dre C.\_\_\_\_\_ est à mettre très probablement sur le compte d'une occlusion antalgique (6 mm de déviation mandibulaire vers la droite) incertaine alternant avec l'occlusion de convenance (1.5mm de déviation mandibulaire vers la droite) de la patiente.

12. Les contacts permanents anormaux et inhabituels entre les dents 23, 24, 25, 26, 27 avec les dents 33, 34, 35, 36 et 37, comme déjà constaté, ne correspondent-ils pas à un traumatisme occlusal ?

OUI.

des contacts permanents anormaux et inhabituels (si tel était le cas) peuvent générer un traumatisme occlusal.

13. Est-il exact que la présence d'un overbite proche du zéro facilite d'autant plus la déviation mandibulaire, sans aucun obstacle ?

NON.

la liberté de mouvement de la mandibule est dictée par les guidages canins ou par la fonction de groupe (c'est-à-dire par l'engrènement des dents se faisant face). Il est vrai que lorsqu'un patient avance sa mandibule (protrusion) et mes ses incisives en bout-à-bout (overbite à zéro), on observe un

désengrènement des dents sur les segments latéraux (sur les côtés), facilitant ainsi une déviation mandibulaire. Mais dans le cas de Mme K. \_\_\_\_\_, on constate sur les modèles d'étude en occlusion de convenance que les dents sont engrenées alors même que l'overbite est déjà proche du zéro. On ne peut donc espérer un désengrènement lors de l'avancement de la mandibule. Il n'y a donc pas de facilitation de la déviation mandibulaire dans ce cas.

14. Est-il exact que les troubles occlusaux constatés par la Dre C. \_\_\_\_\_ présentent une causalité naturelle claire et évidente suite à la chute ?

NON.

dans ce cas, la causalité du trouble occlusal ne peut être qualifiée de claire et évidente suite à la chute. Mais analysée sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, il y a un lien de causalité naturelle probable entre les troubles occlusaux constatés et l'accident.

15. Est-il exact que le traitement de fixation intermaxillaire qui a été nécessaire pendant 4 semaines s'imposait, puisque l'accident datait déjà d'un certain temps ?

NON.

une fixation intermaxillaire est indiquée en cas de fracture. En l'absence de fracture, un traitement de mise au repos (alimentation molle), antalgiques, myorelaxants, physiothérapie de repositionnement avec éventuellement une gouttière de libération occlusale est dans un premier temps indiqué avec de grandes chances de succès. Ceci est valable quelle que soit l'ancienneté du traumatisme et il est étonnant que ceci n'a pas été fait.

Dans un second temps, en cas de résistance au traitement, des injections de toxine botulinique dans les muscles incriminés auraient vraisemblablement été indiquées.

Cependant, en cas d'échec de ces traitements, l'idée de guider la patiente avec des élastiques dans son occlusion de convenance qu'elle semblait avoir perdue suite au traumatisme n'est pas fautive et même tout à fait bonne. Fort est de constater que la patiente a été améliorée/guérie par ce traitement.

16. Le traitement entrepris par la Dre C. \_\_\_\_\_ était-il nécessaire ?

NON.

comme mentionné ci-dessus, et sous l'aspect de l'économicité, une prise en charge sous forme de mise au repos (alimentation molle), antalgiques, myorelaxants et physiothérapie de repositionnement avec éventuellement une gouttière de libération occlusale et des myorelaxants aurait été plus judicieuse et plus économique. Ce n'est qu'en cas d'échec de ces traitements que la question d'une fixation intermaxillaire à visée de guidage avec des élastiques aurait dû se poser.

17. L'occlusion de la patiente est-elle aujourd'hui conforme et habituelle à l'occlusion qu'elle avait avant l'accident ?

OUI.

c'est-à-dire avec une déviation de 1.5 mm vers la droite.

18. Le prix des travaux réalisés par la Dre C. \_\_\_\_\_, le 2 mai 2014 (pièce 28 in fine de la P. \_\_\_\_\_) est-il justifié ?

OUI.

lorsqu'il s'agit d'une fixation intermaxillaire. Mais comme mentionné dans la réponse à la question 16) de Maître Trivelli, la réalisation dans un premier temps de traitements plus simples et

moins coûteux aurait très probablement apporté les mêmes résultats."

Le 22 février 2016 également, l'expert a adressé à la Cour de céans sa note d'honoraires d'un montant de 2'000 fr., qui a été visée pour paiement le 8 février 2016.

Par écriture de son conseil du 29 février 2016, l'intimée a indiqué que son médecin conseil, le Dr Z.\_\_\_\_\_, adhère aux conclusions de la probable relation de causalité entre l'accident survenu le 11 mars 2014 et les problèmes occluso-articulaires qui s'en sont suivis. Il recommandait ainsi la prise en charge des traitements effectués (Obwegeser), des radiographies, mais pas du traitement de la dent 37, ni de l'extraction des dents de sagesse, ni le traitement de la dent 27 dont le kyste folliculaire de la dent 28 rongé l'os apical 27. Rappelant que la question litigieuse est celle de la causalité entre l'accident du 11 mars 2014 et les traitements préconisés par la Dresse C.\_\_\_\_\_ et l'avis de l'expert, selon lequel, le traitement de fixation intermaxillaire ne s'imposait pas, à tout le moins pas dans un premier temps, l'intimée a conclu à ce qu'il soit reconnu un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident survenu le 11 mars 2015 et uniquement le traitement effectué (Obwegeser) ainsi que les radiographies.

Par écriture du 1<sup>er</sup> avril 2016 de son conseil, l'intimée a informé la Cour de céans que le mandataire de la recourante lui avait transmis, le 17 mars 2016, la note d'honoraires finale de la Dresse C.\_\_\_\_\_, datée du 1<sup>er</sup> septembre 2015, d'un montant de 3'059 fr. 70, en la priant de bien vouloir lui indiquer quels postes de dite note d'honoraires seraient pris en considération (pièce 48, annexée). Dans un rapport du 22 mars 2016 (pièce 49, annexée), le Dr Z.\_\_\_\_\_ a considéré qu'au regard de l'expertise, la facture finale de la Dresse C.\_\_\_\_\_ devrait s'élever à 2'213 fr. 50, en référence à la précédente note d'honoraires du 27 octobre 2014. L'intimée a ainsi conclu à ce qu'il soit reconnu un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident survenu le 11 mars 2015 (recte : 2014) et uniquement le traitement dentaire effectué par la Dresse C.\_\_\_\_\_ à concurrence de la somme de 2'213 fr. 50.

La note d'honoraires finale de la Dresse C.\_\_\_\_\_, datée du 1<sup>er</sup> septembre 2015, concerne les soins prodigués à la recourante du 2 mai 2014 au 29 décembre 2014.

Dans son rapport à l'intimée du 22 mars 2016, le Dr Z.\_\_\_\_\_ relève ce qui suit :

"Comme le confirme le Dr F.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 02.02.2016 :

- 1) La relation inter-occlusale après l'accident était une fixation neuromusculaire d'une occlusion antalgique et la patiente naviguait entre son occlusion de convenance et une occlusion antalgique (pt. 17 quest. Grosjean).
- 2) La fixation intermaxillaire selon Obwegeser aurait pu être évitée par des traitements moins lourds (pt. 15 question Trivelli).
- 3) L'important est que la patiente ait été guérie par ce traitement (pt. 15 quest. Trivelli).

#### Factures

Il y a deux factures :

Du 27.10.2014, adressée à l'Assurance

Pour les traitements du 02.05.2014 au 08.10.2014

Montant CHF 2'808.60

Du 01.09.2014, adressée à l'assurée

Pour les traitements du 02.05.2014 au 29.12.2014

Montant CHF 3'059.70 où des positions ont été ajoutées avant la fin du traitement de la première facture.

#### Propositions

- Demander à la Dresse C.\_\_\_\_\_ d'annuler la facture du 01.09.2014 (recte : 2015) avec confirmation à l'assurée et à l'assurance.
- Prendre en charge la facture du 27.10.2014 en biffant les positions :

Date	Position
02.05	4290, non cumulable avec la position 4000
13.06	4163 et 4164, à moins que la Dresse C._____ puisse me dire comme elle fait ces tests et à quoi ils servent
09.07	4288x1, une fois cette position suffit
14.07	4288, changer les élastiques 5 jours après leur pose est un non sens
04.08	4065x3, inutiles pour changer des élastiques
15.08	4166, inutile, 4 jours après le dernier contrôle

Soit une déduction de CHF 595.20

Facture finale : CHF 2'808.60 - 595.10 = CHF 20213.40

La Dresse C.\_\_\_\_\_ n'a pas le droit de facturer ces positions à l'assurée.

Après le paiement de cette facture, le dossier est définitivement clos, car, "la position des dents supérieures et inférieures et leur relation inter-occlusale n'était pas à l'origine des problèmes fonctionnels et l'occlusion de la patiente est aujourd'hui conforme et habituelle à l'occlusion qu'elle avait avant l'accident (pt. 17 quest. Trivelli)."

Par écriture de son conseil du 4 mai 2016, la recourante s'est déterminée comme suit :

"Ainsi que cela ressort du courrier de Me Christian Grosjean du 1<sup>er</sup> avril à votre attention, et de ses annexes, la P. \_\_\_\_\_ admet en définitive de régler la note d'honoraires de la Dresse C. \_\_\_\_\_ à hauteur de frs. 2'213.50 (et non frs 20'213.40 sic!), cela au regard de la note d'honoraires et débours querellée s'élevant à frs. 2'808.60.

On constate donc que, sur le principe, la contestation de ma mandante était fondée.

En quotité, les prétentions de ma cliente sont admises à hauteur de 79%.

Le recours était ainsi fondé, et il y a lieu que votre autorité en tire les conséquences utiles, avec suite de frais et dépens."

### **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, sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**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 (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour, statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

**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 (ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 consid. 2c; ATF 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** La décision du 14 septembre 2014, confirmée par la décision sur opposition dont est recours, comporte le dispositif suivant :

- "1. Le lien de causalité naturelle et adéquate entre les travaux dentaires devisés le 2 mai 2014 par la Dresse C. \_\_\_\_\_ et l'événement du 11 mars 2014 n'est pas admis.
2. Il n'y a plus de droit aux prétentions (sic) de l'assurance-accidents auprès de la P. \_\_\_\_\_ et la prise en charge des prestations d'assurance doit être refusée."

Cela étant, il y a lieu de considérer que le litige ne porte en l'occurrence que sur le point de savoir si l'intimée était fondée à refuser de prendre en charge les soins dentaires devisés par la Dresse C. \_\_\_\_\_ pour le motif qu'il n'existerait pas de lien de causalité naturelle et adéquate entre l'événement du 11 mars 2014 et le trouble de l'occlusion que présentait l'assurée. Seul le principe de la prise en charge en relation avec l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate a été discuté et soumis à l'expert. Par conséquent, les conclusions de l'intimée du 1<sup>er</sup> avril 2013 en ce sens qu'il soit reconnu "uniquement le traitement dentaire effectué par la Dresse C. \_\_\_\_\_ à concurrence de la somme de 2'213 fr. 50" sortent du cadre du litige et sont irrecevables.

**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. Aux termes de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose 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. En effet, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; TF 8C\_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1).

Le seul 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; TF 8C\_403/2012 du 19 juin 2012 consid. 3.3; TF 8C\_42/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage "*post hoc ergo propter hoc*" ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa

propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 117 V 359 consid. 4a; TF 8C\_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1; Frésard/Moser-Szeless, *L'assurance-accident obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2<sup>ème</sup> éd., n. 79, p. 865*).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, comme c'est le cas en l'espèce, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; ATF

117 V 359 consid. 5d/bb; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 *in fine* et les références citées).

**d)** Aux termes de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2; TF 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2; TF 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).

Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1; TFA U 179/03 du 7

juillet 2004 consid. 3; TFA U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

**4.** De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des 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 celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de

contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

**5.** En l'espèce, considérant que le rapport, succinct, du médecin conseil de l'intimée du 29 août 2014 n'apparaissait pas probant au regard des éléments avancés par la Dresse C.\_\_\_\_\_ dans sa lettre circonstanciée du 8 octobre 2014 et le rapport du Dr J.\_\_\_\_\_ du 3 novembre 2014, le juge instructeur a admis la requête d'expertise judiciaire de la recourante, au demeurant non contestée par l'intimée et a confié le mandat au Dr F.\_\_\_\_\_ avec l'accord des parties. Celles-ci se sont ralliées dans leurs déterminations respectives (22 février 2016 pour l'intimée et 4 mai suivant pour le recourant) aux conclusions de l'expert, selon lesquelles un lien de causalité naturelle existe au stade de la vraisemblance prépondérante entre l'événement du 11 mars 2014 et les troubles à la santé que présentait la recourante, qui ont nécessité l'intervention de la Dresse C.\_\_\_\_\_ selon devis du 2 mai 2014. Avec raison, puisque l'on doit admettre sans réserve que le rapport d'expertise du 2 février 2016 a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rappelée ci-dessus.

**6. a)** Le rapport de causalité étant ainsi établi, le droit aux prestations de l'assureur accident doit être reconnu dans son principe, ce qui suffit à mettre fin au présent litige, vu son objet (cf. consid. 2b supra). Il se justifie par conséquent d'admettre le recours et de réformer la décision attaquée en ce sens que le lien de causalité entre le traitement dentaire devisé le 2 mai 2014 par la Dresse C.\_\_\_\_\_ et l'événement accidentel du 11 mars 2014 est admis. Pour le surplus, la cause est renvoyée à l'assureur intimé pour nouvelle décision quant à la quotité de la prise en charge des frais du traitement litigieux, laquelle échappe à la présente procédure (cf. consid. 2 b supra).

**b)** La procédure étant en principe gratuite, il n'y a pas à percevoir de frais de justice.

**c)** L'art. 45 al. 1 LPGA prévoit que les frais d'instruction sont pris en charge par l'assureur qui a ordonné les mesures et qu'à défaut, il rembourse les frais occasionnés par les mesures indispensables à l'appréciation du cas ou comprises dans les prestations accordées ultérieurement.

Se pose ainsi la question de la prise en charge des frais de l'expertise judiciaire (en l'espèce d'un montant de 2'000 fr., selon note d'honoraires du 2 février 2016 acquittée par la comptabilité). Il convient par conséquent d'examiner si les conditions énoncées par la jurisprudence, valables tant en procédure AI qu'en procédure AA sont réunies dans le cas d'espèce (cf. TF 9C\_801/2012 du 28 octobre 2013 consid. 4.4; ATF 137 V 210 ad art. 45 al. 1 LPGA).

En l'occurrence, l'intimée s'est fondée, pour rendre sa première décision du 12 septembre 2014, sur un avis rapide et très sommaire de son médecin conseil, qui ne remplissait pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante (anamnèse, discussion, levée des contradictions, motivation). A cela s'ajoute qu'à réception de l'opposition, respectivement des déterminations motivées et circonstanciées du médecin traitant de l'assurée, l'intimée a statué sans en porter le contenu à la connaissance de son médecin conseil afin qu'il y réponde, en levant les contradictions invoquées sur le plan médical et en précisant, le cas échéant, son point de vue. Il en est allé du reste de même lorsque l'intimé a pu prendre connaissance du rapport circonstancié du Dr J.\_\_\_\_\_ produit à l'appui du recours, se bornant dans le cadre de sa réponse à opposer le caractère prétendument probant de l'avis du Dr Z.\_\_\_\_\_. Ainsi, l'intimée a laissé subsister, sans tenter de les lever par des explications objectivement fondées, des contradictions manifestes entre différents points de vue médicaux rapportés au dossier, laissant ouvertes plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale, ce que son médecin-conseil admettra du reste dans son avis du 17 février 2016 après avoir pris connaissance du rapport de l'expert judiciaire, ce dernier ayant été précisément mandaté afin de pallier les

manquements commis dans la phase d'instruction qui a précédé le prononcé de la décision sur opposition dont est recours.

En application de la jurisprudence précitée, les frais de l'expertise judiciaire facturés par le Dr F.\_\_\_\_\_, d'un montant de 2'000 fr., seront donc supportés par l'intimée.

**d)** Obtenant entièrement gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens, arrêtés à 2'500 francs, compte tenu des écritures produites comme de la participation à une expertise judiciaire (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est admis.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 20 octobre 2014 par P.\_\_\_\_\_ est réformée en ce sens que le lien de causalité entre le trouble occlusal présenté par la recourante, respectivement les traitements médicaux devisés par la Dresse C.\_\_\_\_\_ le 2 mai 2014, et l'événement accidentel du 11 mars 2014 est reconnu dans son principe.
  
- III.** La cause est pour le surplus renvoyée à P.\_\_\_\_\_ pour nouvelle décision quant au montant de la prise en charge de la prestation d'assurance, au sens des considérants.
  
- IV.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- V.** Les frais d'expertise judiciaire, d'un montant de 2'000 fr. (deux mille francs) sont mis à la charge de P.\_\_\_\_\_.
  
- VI.** P.\_\_\_\_\_ versera à K.\_\_\_\_\_ une indemnité de dépens de 2'500 fr. (deux mille cinq cents francs).

Le juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Laurent Trivelli, avocat à Lausanne (pour la recourante),
- Me Christian Grosjean, avocat à Genève (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :