

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 mars 2017

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

Cause pendante entre :

H._____, à [...], recourante, représentée par Me Flore Primault, avocate à Lausanne,

et

D._____ **ASSURANCES [...], Service juridique**, à [...], intimée.

Art. 6 LAA.

E n f a i t :

A. H._____ (ci-après : l'assurée), née en 1970, employée en tant qu'enseignante par l'Etat de Vaud, est assurée pour les risques d'accidents professionnels et non professionnels auprès de D._____ Assurances [...] (ci-après : D._____ Assurances, anciennement la Caisse V._____).

B. En date du 21 avril 2009, l'Etat de Vaud a adressé à la Caisse V._____ une déclaration d'accident dont il résultait que, le 14 mars précédent, l'assurée s'était blessée aux dents n^{os} 21 et 22 à la suite d'une chute à ski.

Parallèlement, la Clinique dentaire O._____ à [...] (ci-après : la Clinique O._____) a adressé à l'assureur un compte-rendu d'examen du 16 mars 2009, faisant état d'un dommage à la dent n° 22 (dotée d'un pivot), singulièrement d'une fracture à la racine. Dite clinique a également fait parvenir à l'assurance une estimation d'honoraires pour un montant de 809 fr. 10 concernant des soins au niveau de la dent n° 21 [sic], ainsi que diverses radiographies. L'assureur a conséquemment interpellé son médecin-dentiste conseil le Dr G._____, lequel a constaté, par avis du 7 juillet 2009, que la dent touchée, soit la dent n° 22, n'était pas brisée mais présentait un foyer apical dû à une obturation insuffisante et n'ayant rien à voir avec un choc.

Se fondant sur l'avis du Dr G._____, la Caisse V._____ a rendu le 13 juillet 2009 une décision refusant de prendre en charge le traitement dentaire de l'assurée.

Cette décision n'a pas été contestée.

C. En date du 28 janvier 2015, l'employeur de l'assurée a transmis à D._____ Assurances une déclaration d'accident indiquant que l'intéressée s'était blessée aux dents le 21 janvier 2015 dans les

circonstances suivantes : « Mme H. _____ se trouvait près de la voiture lorsque Mme N. _____ a ouvert le coffre -> choc sur le visage ». Il était précisé que les lésions occasionnées (« pivot cassé + dent (canine) cassée ») avaient été initialement été soignées à la Clinique O. _____ et la suite du traitement reprise par le Dr X. _____, chirurgien-dentiste en France.

Entre-temps, le 22 janvier 2015, la Dresse B. _____, médecin-dentiste à Clinique O. _____, a communiqué à D. _____ Assurances un compte-rendu consécutif à un examen réalisé la veille, signalant que la couronne de la dent 22 s'était descellée avec une racine cassée à l'intérieur ; aucun dommage n'était en revanche constaté au niveau de l'os du maxillaire ou des parties molles.

Dans un questionnaire complété le 10 février 2015 à l'attention de l'assurance, l'assurée a précisé le déroulement des faits survenus le 21 janvier précédent, à savoir que son amie N. _____ avait ouvert le coffre de sa voiture afin qu'elle puisse y mettre les sacs qu'elle portait mais que, se trouvant trop près, elle avait pris le coin du coffre dans les dents de devant. L'intéressée a également indiqué que le traitement n'était pas terminé en ce sens qu'elle attendait des nouvelles de l'assurance pour reprendre des rendez-vous.

Le 16 février 2015, D. _____ Assurances a reçu une estimation d'honoraires de la Clinique O. _____ datée du 28 janvier 2015 et chiffrant à 3'163 fr. 80 les frais de traitements prévus en faveur de l'assurée au niveau de la dent n° 22. Le 25 février suivant, l'assureur a réceptionné une nouvelle estimation d'honoraires toujours datée du 28 janvier 2015 mais évaluant cette fois-ci à 3'232 fr. les soins en cause.

Par avis médical du 7 mars 2015, le Dr G. _____ a exclu tout lien entre le dommage dentaire constaté et les faits invoqués, soulignant avoir téléphoné à la Clinique O. _____ et s'être vu expliquer qu'aucun traitement n'avait été entrepris depuis 2009. Il a ajouté que la dent n° 22 présentait préalablement un foyer apical et un traitement de racine

insuffisant et que les soins en question auraient dû réalisés en cas de sollicitation normale.

Par décision du 13 mars 2015, D._____ Assurances a refusé de couvrir le traitement dentaire de l'assurée. Se basant sur l'avis du Dr G._____, elle a retenu que la dent lésée se serait brisée même en l'absence de choc et que, partant, le lien de causalité adéquate était rompu.

L'assurée s'est opposée à cette décision le 28 avril 2015, sous la plume de sa protection juridique. Complétant sa motivation le 28 mai 2015, elle a fait valoir qu'un foyer apical était une affection localisée généralement au niveau de la racine d'une dent et que, par définition, cette partie de la dent n'était pas visible sans un examen médical minutieux - ce que le Dr G._____ n'avait pas pu réaliser. Pour le reste, elle a argué qu'elle ne présentait aucun foyer apical autour de la dent lésée et que celle-ci n'avait aucune raison de se briser spontanément. Cela étant, elle a soutenu que l'atteinte subie se trouvait dans un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement du 21 janvier 2015.

Le 29 juin 2015, l'assurée a produit une attestation établie le 22 juin précédent par le Dr X._____, certifiant que la canine supérieure gauche de l'intéressée était vivante et non fragilisée avant son accident et que seule une obturation de petit volume en composite au niveau des faces distale et palatine avait été réalisée le 22 avril 2013. Etait jointe une radiographie rétro-alvéolaire de la dent n° 23 du 13 janvier 2014.

Par avis du 27 juillet 2015, le Dr G._____ a écarté l'attestation du Dr X._____, motif pris que celle-ci concernait la dent n° 23 alors même que la procédure en cours portait sur la dent n° 22.

Aux termes d'un nouvel avis émis le 29 septembre 2015, le Dr G._____ a relevé ce qui suit :

"[...]"

Tout d'abord Mme H. _____ a fait une demande de prise en charge pour la dent 22 en 2009. Cette dent [a] fait l'objet d'un refus (non contesté !)[.]

Le 21 janvier 2015 cette dent 22 fait l'objet d'un nouvel accident. Et d'un nouveau devis de la clinique O. _____ 3232.- Renseignement pris auprès de cette clinique. Mme H. _____ n'a fait aucun traitement depuis 2009 sur la dent 22. (Objet de ce nouvel accident ?!)

Le Dr X. _____ fait une attestation du bon état de la dent 23 de Mme H. _____ avec une Rx de cette même dent. Problème ! Ce n'est pas la dent accidenté[e] en janvier 2015 !

De plus Mme H. _____ [r]eçoit le coffre d'une voiture sur la bouche et il n'y a aucune blessure des tissus mous ?

Je constate donc que l'état de la dent 22 est dû à son état antérieur et à l'absence de traitement de 2009 à ce jour. L'accident de janvier 2015 n'a pas modifié l'état de cette dent.

De plus l'absence de soins depuis 2009 a péjoré l'état de cette 22. De ce fait les traitements nécessaires sont plus conséquents et pas à charge de l'assurance[-]accident[s], puisque antérieurs au choc de janvier 2015.

De ce fait je vous prie de bien vouloir maintenir le refus de prise en charge."

Par décision sur opposition du 22 octobre 2015, D. _____ Assurances a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé son premier prononcé. D'une part, se référant à l'avis du 29 septembre 2015 du Dr G. _____, l'assurance a relevé qu'aucune remarque particulière quant à l'état des os du maxillaire ou des parties molles (lèvres) ne résultait du compte-rendu établi le 22 janvier 2015 par la Clinique O. _____. Or, il était surprenant que les parties molles n'aient subi aucun dommage, alors que le choc nécessaire pour briser la racine d'une dent devait être violent et entraîner une tuméfaction des parties molles qui aurait dû être visible, d'autant plus que l'intéressée avait consulté le jour de l'accident. Pour D. _____ Assurances, il n'y avait donc pas de causalité naturelle entre le choc de la bouche contre le coin d'un coffre de voiture et l'atteinte à la dent n° 22. D'autre part, l'assurance a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate au regard des observations émises par le Dr G. _____ quant à l'état antérieur de la dent n° 22 et à l'absence de traitement depuis 2009.

D. Agissant désormais par l'entremise de Me Flore Primault, H. _____ a recouru le 23 novembre 2015 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à son annulation et à l'octroi de prestations d'assurance en lien avec l'accident du 21 janvier 2015, subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, la recourante fait valoir que « *la brève attestation médicale* » du Dr G. _____ du 29 septembre 2015 ne répond pas aux critères posés par la jurisprudence en matière de valeur probante. A cet égard, elle relève que ce document mentionne qu'elle n'aurait pas contesté la première décision rendue en 2009, alors que l'on ne voit pas en quoi cette problématique serait pertinente dans le cadre du présent litige. Elle estime en outre déplacé que ce médecin ait mentionné sa surprise quant à l'absence de blessure des tissus mous. Elle considère enfin qu'il n'appartenait aucunement au Dr G. _____ de se prononcer sur l'issue de la demande de prise en charge. A l'inverse, la recourante soutient qu'il ressort clairement des autres documents au dossier qu'après le traitement intervenu en 2009, elle n'avait plus eu de problèmes avec sa dent n° 22, se prévalant à cet égard d'un rapport du Dr X. _____ du 10 novembre 2015. Selon l'assurée, le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'événement annoncé et l'atteinte à la santé doit être admis, dès lors que la dent n° 22 s'est brisée suite à la réception du coffre de voiture sur la bouche et que cette dent, parfaitement fonctionnelle depuis le traitement subi en 2009, ne se serait pas brisée en l'absence de sollicitation anormale telle que recevoir un coffre sur la bouche. La recourante ajoute encore que, contrairement à l'avis du Dr G. _____, on ne peut rien tirer de la « *prétendue absence de lésion des tissus mous* » attendu que, d'une part, une petite tuméfaction de la lèvre était présente et que, d'autre part, le coup avait été donné si violemment et précisément que la dent s'était retrouvée brisée immédiatement.

Pour étayer ses dires, la recourante produit un onglet de pièces comportant notamment une estimation d'honoraires adressée le 21 janvier 2015 par la Clinique O. _____ pour des soins d'un montant de 520 fr. 80 au niveau de la dent n° 22, ainsi qu'un rapport établi le 10

novembre 2015 par le Dr X._____ (avec en annexe des clichés radiographiques) relevant ce qui suit :

"Je soussigné Docteur X._____ certifie la description ci-dessous de l'historique de l'incisive latérale supérieure gauche (dent numéro 22) de Madame H._____ née le [...] 1970.

- [S]ur le cliché panoramique effectué le 10 octobre 2008 il est constaté l'existence d'une couronne céramo-métallique sur cette incisive avec la présence d'un traitement radiculaire incomplet et d'une lésion péri-apicale associée avec fistulisation (cliché ci-joint)[.]
- [I]l est décidé de reprendre le traitement radiculaire afin d'empêcher le développement de la lésion péri-apicale. Ce traitement a eu lieu le 27 mars 2009 (cliché rétro-alvéolaire ci-joint)[.]
- [L]e 14 mai 2009, l'absence de symptômes et la disparition de la fistule confirme[nt] la guérison du processus infectieux d'origine endodontique. Il est donc réalisé le rescellement de cette couronne bien adaptée avec ciment de scellement de longue durée (Fugi+de GC).
- Depuis et jusqu'à la date de l'accident dont a été victime Madame H._____ ayant entra[î]né la perte de la couronne, cette incisive latérale restait totalement asymptomatique et fonctionnelle."

Dans sa réponse du 20 mars 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours. Se référant à un nouveau rapport du Dr G._____ daté du 22 février 2016 et invoquant en particulier l'état antérieur particulièrement important de la dent n° 22, D._____ Assurances retient que la lésion de cette dent n'est pas en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'événement du 21 janvier 2015.

Quant au rapport du Dr G._____ du 22 février 2016, il a notamment la teneur suivante :

"1. Quelles sont les raisons médicales qui vous permettent de conclure que les lésions dentaires constatées par la Clinique O._____ ne sont pas dues à l'accident du 21 janvier 2015

[L]a dent de Madame H._____ était fortement fragilisée par l'accident du 14.03.2009 (chute sur le visage[.]), par un traitement radiculaire [(]fait à plusieurs reprise[s]), par le descellement de la couronne pour permettre le traitement radiculaire de mai 2009, par le fait que la racine de la dent 22 était fracturée[.] L'adaptation de la couronne n'était pas parfait[e], la couronne et la racine ne sont pas en continuité ! (il y a un petit escalier entre le bord de la couronne et

la racine de la dent). De plus il n'y a pas de pivot radiculaire pour renforcer la jonction couronne-racine.

2. Que pouvez-vous dire sur l'état antérieur (état en 2009, avant 2009, entre 2009 et 2015, état juste avant l'accident de janvier 2015) de la dent 22 ? Sur quelle[s] pièces vous basez-vous pour répondre à cette question ?

Madame H. _____ a annoncé une chute sur le visage le 14.3.2009 et consulté la clinique O. _____ [...] le 16.3.2009. [L]a radiographie faite ce jour montre une dent 22 avec un foyer apical de 5 mm de diamètre (perte osseuse au bout de la racine)[,] ainsi qu'un traitement radiculaire très incomplet (la racine n'est obturée que sur le tiers coronaire de la dent, c'est la cause du foyer apical).

La radiographie montre encore une adaptation non parfaite de la couronne sur la racine et la clinique O. _____ [...] cite dans rapport d'accident : point 3.9 "Dommage à dent à pivot la 22. [F]racture racine".

Mme H. _____ présentait également une fistule (passage entre l']apex de la racine et la bouche[,] os et gencive percée ! (rapport du Dr X. _____ 10 novembre 2015)[.]

La radiographie panoramique effectuée chez le Dr X. _____ le 10 octobre 2008 montre déjà le foyer apical de la dent 22 ainsi qu'un traitement radiculaire incomplet [(]rapport du Dr X. _____ du 10 novembre 2015)[.]

Madame H. _____ n'a pas fait le traitement proposé à la clinique O. _____ mais est allée consult[er] le Dr X. _____ ([...])[.] Le 27 mars 2009 le Dr X. _____ a descellé la couronne sur la dent 22 et procédé au traitement radiculaire de la dent 22 et à l'obturation radiculaire de la dent 22. [L]a couronne a été scellée provisoirement puisque le scellement définitif n'a été fait que le 14 mai 2009 après fermeture de la fistule (selon le rapport du Dr X. _____ [du] 10 novembre 2015)[.]

3. Quels traitements cette dent avait[-]elle déjà subis par le passé

En règle générale une dent est couronnée lorsque son esthétique ou sa solidité ne sont plus suffisante[s]. Notamment après de grosses obturations, après un accident, après un changement de couleur... [P]our la dent de Madame H. _____ je ne connais pas la cause du placement de cette couronne.

On peut supposer que la dent 22 a eu une ou plusieurs obturations qui ont causé la nécrose pulpaire rendant le traitement radiculaire nécessaire. Ensuite la couronne a été posée.

4. En l'absence de l'accident, cette dent aurait-elle nécessité un traitement ? Si oui lequel et quand ?

Sur la radiographie de contr[ô]l[e] après traitement de racine fournie par le Dr X. _____ datant du 17.11.2015, mais datant de 2009 [sic], on voit que lors de l'obturation radiculaire, le Dr X. _____ a rempli le canal de la 22 mais aussi la totalité du foyer apical cavité dans l'os du maxillaire supérieur. Il y a un très gros dépassement de ciment radiculaire dans l'os. Ceci n'est pas une faute de l'art mais un risque lié à ce type de traitement.

Très souvent, dans un délai très variable, cet excès de ciment provoque des douleurs voir[e] la création d'une nouvelle fistule. Voir[e] les deux !

On doit alors procéder à un curetage apical, qui consiste à ouvrir la gencive et l'os pour accéder à l'apex de la racine. Avec une curette on enlève les tissus inflammatoire[s] et l'excès de ciment. Puis on suture. La clinique O._____ mentionne dans so[n] rapport du 16 mars 2009 que la dent est fracturée. Le Dr X._____ pour pouvoir faire le traitement de racine a dû] desceller la couronne (normalement une couronne bien collée est quasi impossible à desceller[.] De ce fait il a fall[u] taper à plusieurs reprise[s] avec des instruments spéciaux pour pouvoir enlever la couronne, cette opération a été faite une deuxième fois pour enlever le ciment provisoire et mettre le ciment de scellement définitif)[.] Ces opérations ont été faites en 2009. Je suis convaincu que la dent se serait cassée en mangeant dans un avenir très proche et aurait nécessité les travaux devisés par la clinique O._____ après l'accident de 2015.

5. Quelles sont les éléments qui permettent de conclure que cette dent n'était plus capable de résister aux forces de masticatio[n] normales ?

Je pense que Mme H._____ avait des douleurs dans la région de la 22, pour preuve elle a consulté le Dr X._____ le 13 janvier 2014 qui a fait une radiographie apicale des apex des dents , 23, 24 [sic] pour exclure un problème sur ces dents je pense. Sinon il n'y avait aucune raison de faire une telle radiographie, car comme il le précise sur son rapport du 22 juin 2015 : "je soussigné, Dr X._____, certifie que la canine supérieure gauche (23) de Madame H._____ était vivante et non fragilisée avant son accident [...]"

Lors du traitement radiculaire de 2009 le canal a été obturé, mais il n'y a pas eu de pose d'un tenon radiculaire ni de composite pour consolider le moignon de cette 22 (le moignon est la partie de la dent qu'il reste après taille de la couronne naturelle. Sur une incisive latérale le diamètre de la racine est de l'ordre de 5-6 mm. [P]our poser la couronne céramo-métallique on fait une réduction de volume de 1 à 1,5 mm sur tout le pourtour de la dent. Donc cette dent[,] qui avait un diamètre de 6 mm, avait un moignon qui ne mesurait plus que 3-3,5mm après taille cf[.] Rx du 17.11[.]2015 fournie par le Dr X._____ dans son rapport de novembre 2015. Ce moignon était percé en son milieu par un canal d'environ 1,5mm rempli de ciment radiculaire mou (le ciment radiculaire n'est pas résistant mécaniquement). Cette dent devait casser tôt ou tard avec une telle reconstruction ! Il est d'ailleurs très surprenant qu'elle n'ait pas cassé plus tôt. !...

[...]

8. Autres remarques sur l'état des dents nécessaires à une bonne compréhension de leur état antérieur ?

Une dent avec un traitement de racine est plus fragile qu'une dent vivante [...].

Une dent avec un foyer apical ne se guéri[t] pas toujours même si l'on fait un traitement radiculaire optimum !

[L]orsque l'on veut desceller une couronne céramo-métallique on utilise un davier spécial avec des mords en caoutchouc et on tape sur le davier avec une autre pince, ou on utilise un instrument qui s'accroche sur le bord cervical (côté gencive) de la couronne et on fait taper un poids coulissant pour provoquer des chocs qui descellent la couronne en cassant le ciment !

Dans notre situation nous avons une dent qui cumule tou[s] les facteurs de risques : traitement de racine, couronne (en plus pas adaptée à 100%), trauma (2009)[,] foyer apical[,] descèlement de couronne à deux reprises[,] retraitement de racine, remplissage du foyer apical par du ciment radiculaire, obturation du moignon mécaniquement faible (pas de composite, pas de pivot)[,] diamètre de la dent très faible (seules les incisives inférieures peuvent avoir un diamètre plus faible[]). Il en découle une grande fragilité et un risque de fracture très important."

Dans sa réplique du 19 mai 2016, la recourante maintient ses conclusions. Elle soutient notamment que les faits tels que présentés par l'intimée doivent être considérés avec la plus grande circonspection et que l'assurance fait en particulier dire au Dr X. _____ ce qu'il n'a jamais dit. Pour le reste, elle reprend ses précédents motifs et souligne plus particulièrement que si la dent en cause était très fragile avec un état antérieur particulièrement important, comme le soutient D. _____ Assurances, on ne s'explique alors pas qu'elle ait pu être asymptomatique et fonctionnelle pendant presque six ans.

Dupliquant le 10 juin 2016, l'intimée confirme sa position. Elle relève notamment que l'état antérieur de la dent 22 ressort des pièces médicales au dossier, en particulier des clichés radiographiques fournis. Elle ajoute qu'à la lecture du rapport du Dr G. _____ du 22 février 2016 et des pièces médicales, on comprend que la fracture de la racine de la dent 22 existait en tout cas en 2009 déjà et que cette dent présentait donc une lésion très ancienne, à laquelle se sont ajoutés des traitements agressifs (décollement de couronne), des complications (dépassement de ciment), un moignon très bas et l'absence de pivot radiculaire - raisons pour lesquelles elle était très fragile.

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). Vu la valeur litigieuse, inférieure à 30'000 fr. au regard des pièces figurant au dossier, 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 litigieux le point de savoir si les frais de traitement concernant la dent n° 22 sont ou pas à la charge de l'intimée. Plus précisément, il y a lieu de déterminer si l'atteinte au niveau de cette dent a été provoquée par l'événement accidentel annoncé le 28 janvier 2015.

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.

L'assuré a notamment droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (cf. art. 10 al. 1 LAA).

Dans ce contexte, 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.

b) 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_21/2016 du 20 septembre 2016 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* » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb) ; il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (cf. TF 8C_464/2014 précité loc. cit.). Si par ailleurs un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*) (cf. TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et la jurisprudence citée). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (cf. TF 8C_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.2 et 8C_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4).

c) 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_929/2015 du 5 décembre 2016 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).

Conformément à la jurisprudence, le caractère adéquat du lien de causalité entre le fait constitutif d'un accident et la survenance d'un dommage dentaire ne peut être nié que s'il y a lieu d'admettre que la dent se fût brisée même en l'absence d'une sollicitation anormale. La dent ne doit pas nécessairement être parfaitement saine, il suffit qu'elle remplisse normalement sa fonction (cf. ATF 114 V 170 consid. 3b, RAMA 1999 n° U 349 p. 477 ; cf. TFA K 41/05 du 13 avril 2006 consid. 2.1 et U 288/02 du 1^{er} juillet 2003 consid. 2.3).

4. De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée).

Concernant plus particulièrement les rapports des médecins des assureurs, ils 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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; cf. TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

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 (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

5. a) 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).

b) En droit des assurances sociales, s'applique de manière générale la règle dite des "premières déclarations ou des déclarations de la première heure", selon laquelle, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être

consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (cf. ATF 121 V 45 consid. 2a ; cf. TF 8C_399/2014 du 22 mai 2015 consid. 4.2).

6. En l'espèce, il est constant que l'assurée a subi un dommage à la dent n° 22, dont le traitement a été chiffré par la Clinique O._____ à 520 fr. 80 (cf. devis du 21 janvier 2015), puis à 3'163 fr. 80 (cf. devis du 28 janvier 2015 réceptionné le 16 février 2015) et enfin à 3'232 fr. (cf. devis du 28 janvier 2015 réceptionné le 25 février 2015).

Se référant à l'avis de son dentiste-conseil, l'intimée a refusé de prendre en charge ce traitement faute de lien de causalité avec l'événement accidentel qui lui avait été annoncé, soit un choc avec le coin d'un coffre de voiture le 21 janvier 2015. La recourante a pour sa part critiqué cette appréciation, invoquant en particulier l'avis de son dentiste traitant.

a) La Cour de céans constate, tout d'abord, que le doute subsiste quant à l'existence même d'un événement accidentel au niveau de la dent n° 22, le 21 janvier 2015.

De fait, la déclaration d'accident remplie le 28 janvier 2015 mentionne la rupture d'un pivot et le bris d'une canine. Or, les traitements litigieux devisés par la Clinique O._____ ne concernent pas une canine mais la dent n° 22, soit l'incisive latérale supérieure gauche. Certes, la déclaration d'accident émane de l'employeur de la recourante ; ce formulaire n'en a pas moins été rempli sur la base des indications de l'assurée, laquelle n'a jamais fait valoir d'erreur à ce niveau et doit donc s'en laisser imputer le contenu. A cela s'ajoute que, dans son attestation du 22 juin 2015 établie sur demande de l'intéressée en procédure d'opposition, le Dr X._____ s'est lui aussi référé à une canine, soit la dent n° 23 au niveau de la mâchoire supérieure gauche, dont il a fourni un cliché radiographique remontant au 13 janvier 2014. Il a notamment certifié que cette dent était vivante et non fragilisée avant l'accident, laissant ainsi entendre que tel n'était plus le cas par après. En revanche, il n'a émis aucun commentaire quant à l'incisive latérale supérieure gauche

de sa patiente. Ce n'est que le 10 novembre 2015 que le Dr X. _____ s'est prononcé à cet égard, revirement dont on ignore les raisons à ce jour. Quoi qu'il en soit, aux termes de cette seconde attestation, le dentiste traitant s'est contenté d'affirmer péremptoirement que les troubles dentaires litigieux étaient dus à l'accident dont sa patiente avait été victime, ne développant aucune motivation susceptible d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les dommages constatés auraient été causés par un accident. En l'état, pareils éléments incitent donc à s'interroger sur le point de savoir si la dent n° 22 a bien été frappée par le coin d'un coffre de voiture le 21 janvier 2015.

Le Tribunal observe en outre que la Dresse B. _____ a fourni des réponses claires à l'ensemble du formulaire médical complété le 22 janvier 2015 et qu'il n'en apparaît que plus saisissant qu'aucune indication n'ait été apportée en regard de la rubrique « *Cause de l'accident* » (ch. 2). Bien plus, la Cour relève, à l'instar du Dr G. _____ (cf. avis du 29 septembre 2015) et de l'intimée (cf. décision sur opposition du 22 octobre 2015 p. 4), qu'aucune atteinte au niveau de l'os du maxillaire et - surtout - des tissus mous n'a été mentionnée dans le compte-rendu d'examen susdit (ch. 3.8), ce qui s'avère pour le moins surprenant à la lumière des dégâts constatés par la Dresse B. _____, soit le descellement de la couronne de la dent n° 22 avec racine cassée à l'intérieur (ch. 3.9). La recourante n'est du reste pas crédible lorsqu'elle tente de relativiser la portée de ce constat en affirmant qu'une petite tuméfaction de la lèvre était présente et que le coup a été donné si violemment et précisément que la dent s'est retrouvée brisée immédiatement (cf. mémoire de recours du 23 novembre 2015 p. 8). Il existe en effet une antinomie manifeste entre le fait de se prévaloir d'une petite tuméfaction de la lèvre et celui d'invoquer un choc dont la violence suffit à briser net une dent préalablement en bon état. La thèse défendue de l'assurée tranche du reste avec la version fournie dans le questionnaire du 10 février 2015, évoquant un choc sur les dents de devant et non précisément sur l'incisive latérale supérieure gauche. Il faut également souligner que ce n'est qu'au stade de son recours devant la Cour de céans que l'intéressée a, pour la première fois, évoqué la présence d'une tuméfaction de la lèvre, dont

l'existence n'est confirmée par aucune pièce au dossier. De telles allégations, considérées à la lumière de la jurisprudence dite des premières déclarations (cf. consid. 5b supra), sont donc sujettes à caution. En tout état de cause, il est hautement improbable qu'un impact avec le coin d'un coffre de voiture puisse se limiter à la surface restreinte d'une incisive latérale (dont le diamètre était en l'occurrence de 6 mm [cf. avis médical du Dr G._____ du 22 février 2016 p. 2]), sans toucher les tissus mous périphériques. Au regard de ces considérations, il semble donc douteux que le descellement de couronne au niveau de la dent n° 22 ait été engendré par un choc avec le coin d'un coffre de voiture le 21 janvier 2015.

Pour ces motifs, D._____ Assurances était par conséquent fondée à nier le lien de causalité naturelle entre l'événement annoncé le 28 janvier 2015 et les dommages dentaires de l'assurée.

b) Même à admettre l'hypothèse inverse, le lien de causalité adéquate entre l'événement annoncé et le dommage subi devrait malgré tout être nié compte tenu de l'état antérieur de la dent lésée (cf. également TF 9C_639/2014 du 24 février 2015 consid. 5.2 ; cf. TFA K 69/02 du 21 juillet 2004 consid. 4, in SVR 2005 KV n° 12 p. 42 s.).

Sur ce point, le Dr G._____ a d'emblée souligné que la dent n° 22 présentait préalablement un foyer apical et un traitement radiculaire insuffisant, qu'aucun traitement n'avait été effectué depuis 2009 et que, dans ces conditions, les soins litigieux auraient de toute façon dû être entrepris en cas de sollicitation normale (cf. avis médical du 7 mars 2015). Pour ce médecin, l'événement du 21 janvier 2015 n'avait donc pas modifié l'état de cette dent (cf. avis médical du 29 septembre 2015).

L'ampleur des antécédents de la dent n° 22 a du reste été confirmée par le Dr X._____. De son constat du 10 novembre 2015, il ressort en effet qu'un cliché panoramique effectué le 10 octobre 2008 montrait un traitement radiculaire incomplet et une lésion péri-apicale associée avec fistulisation, situation ayant nécessité la reprise du

traitement radiculaire le 27 mars 2009, puis le rescellement de la couronne céramo-métallique quelque deux mois plus tard. On rappellera qu'en revanche, le Dr X._____ a totalement omis la chute sur le visage du 14 mars 2009 (cf. consid. 6a supra) ayant conduit l'assurée a annoncé une fracture de racine à D._____ Assurances, atteinte dont le Dr G._____ a nié le caractère accidentel au motif qu'il s'agissait uniquement d'une infection apicale et non d'un bris de dent (cf. avis du 2 juillet 2009) ; en ce sens, l'avis du dentiste traitant s'avère incomplet.

Certes, le Dr X._____ a indiqué qu'après les traitements réalisés en 2009, la dent n° 22 était restée totalement asymptomatique et fonctionnelle « *jusqu'à la date de l'accident dont a été victime Madame H._____ ayant entraîné la perte de la couronne* » (cf. certificat du 10 novembre 2015). Cette affirmation, dépourvue de la moindre motivation, n'emporte toutefois pas la conviction de la Cour de céans. Le Dr G._____ a en effet dûment énuméré les antécédents infectieux de l'incisive latérale supérieure gauche tels que résultant de la documentation fournie par la Clinique O._____ et par le Dr X._____. Il en a déduit que la dent en question cumulait tous les facteurs de risques (en résumé : lésion infectieuse, décollement de couronne, dépassement de ciment, moignon très bas, absence de pivot radiculaire) et qu'elle présentait dès lors une grande fragilité et un risque de fracture très important (cf. avis médical du 22 février 2016 pp 1 et 3). Il a plus particulièrement observé que lors du traitement radiculaire de 2009, le moignon restant de la dent n° 22 avait été percé en son milieu par un canal d'environ 1,5 mm rempli de ciment radiculaire mou mais qu'il n'y avait en revanche pas eu de pose d'un tenon radiculaire, ni de composite pour consolider le moignon. Aussi la dent devait-elle casser tôt ou tard avec une telle reconstruction, voire aurait déjà dû se briser plus tôt (cf. avis médical du 22 février 2016 p. 2). Or, du moment que l'on retient que la dent se fût brisée même en l'absence d'une sollicitation anormale, la causalité adéquate ne peut qu'être niée (cf. consid. 3c supra) - cela quand bien même aucun descellement effectif de couronne n'a été rapporté entre 2009 et 2015 (cf. réplique du 19 mai 2016 p. 2).

C'est par ailleurs le lieu de relever que, contrairement à ce que soutient la recourante (cf. mémoire de recours du 23 novembre 2015 p. 5), la valeur probante de l'appréciation médicale du Dr G._____ ne prête guère le flanc à la critique. En particulier, il importe peu que ce médecin ait émis certaines observations sortant de sa sphère de compétence quant à l'issue de la demande de prestations (cf. avis médical du 29 septembre 2015), dès lors que de telles observations n'influent en rien sur la valeur du raisonnement médical fourni. De même, on ne voit pas en quoi le fait d'avoir mentionné le fait que le refus de prestations de 2009 était entré en force (cf. ibid.) serait critiquable, attendu qu'il s'agit là d'une constatation factuelle correcte. Enfin, contrairement au Dr X._____, le Dr G._____ n'a pas omis de prendre en compte la chute sur visage annoncée en 2009, événement auquel il n'a à aucun moment prêté des conséquences traumatiques mais qu'il s'est contenté d'inscrire au nombre des antécédents défavorables au niveau de l'incisive latérale supérieure gauche de la recourante. Au final, force est donc de constater que l'analyse médicale du Dr G._____ repose sur un examen détaillé des pièces au dossier, est dépourvue de contradictions et découle d'un raisonnement objectif clairement exposé. Elle s'avère donc pleinement convaincante (cf. consid. 4 supra).

Cela étant, c'est par conséquent à bon droit que D._____ Assurances a nié la causalité adéquate entre les dommages invoqués et l'événement accidentel subi.

c) A la lumière des considérants qui précèdent, il appert que l'intimée était fondée à refuser de prester faute de lien de causalité entre les lésions dentaires constatées et l'événement accidentel annoncé le 28 janvier 2015.

7. 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 23 novembre 2015 par H. _____ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 22 octobre 2015 par D. _____ Assurances [...] 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 Flore Primault (pour H. _____),
- D. _____ Assurances [...],
- 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 :