

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 novembre 2016

---

Composition : Mme THALMANN, juge unique  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**J.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne,

et

**R.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 4, 43 al. 1 et 44 LPGA ; art. 31 al. 2 LAMal.**

**E n f a i t :**

**A.** J.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1940, est affiliée auprès de la R.\_\_\_\_\_ (ci-après : la caisse R.\_\_\_\_\_) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident.

Le 24 août 2015, J.\_\_\_\_\_ a adressé une déclaration d'accident LAMal à la caisse R.\_\_\_\_\_, dont il ressortait en substance que le 14 avril 2015, en se précipitant hors de son salon, elle s'était encoublée sur le pas de porte. Elle « [était] tombée de tout [s]on long, très lourdement et [s'était] protégée le visage avec [s]a main droite - sur [s]a joue droite ». Elle a indiqué qu'elle avait subi une lésion à une dent du côté droit et qu'une fracture de la racine était suspectée. Elle a précisé être suivie par la Dresse N.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste.

Le 26 août 2015, la dentiste susnommée a complété un questionnaire à l'attention de la caisse R.\_\_\_\_\_ concernant les lésions dentaires consécutives à l'événement du 14 avril 2015. Elle a exposé que lors de la dernière consultation avant l'incident, soit un contrôle sans radiographie effectué le 10 mars 2015, aucun traitement n'était prévu ou en cours. Elle a précisé que la première consultation après l'incident avait eu lieu le 19 août 2015. S'agissant des dommages dus à l'accident, elle a expliqué que les dents n<sup>os</sup> 14 et 16 étaient perdues (totalement luxées) et qu'une fracture radiculaire de la dent n° 14 avait été confirmée après extraction de ladite dent. Comme dommage, elle a également relevé que le pont posé sur les dents n<sup>os</sup> 14 et 16 était mobile. Concernant l'état du reste de la denture, elle a notamment relevé que la dent n° 14 avait été réparée et que la dent n° 16 était atteinte de parodontose. Elle a indiqué, à titre de mesures diagnostiques, avoir notamment effectué une radiographie, de même qu'un sondage pass et, à titre de mesures thérapeutiques immédiates, avoir exécuté une empreinte pour la réalisation d'une prothèse partielle en résine. S'agissant du traitement définitif, elle a proposé une extraction des dents n<sup>os</sup> 14 et 16, ainsi que la pose de deux implants et d'un pont sur implants.

A ce questionnaire était jointe une estimation d'honoraires, dont le montant s'élevait à 7'724 fr. 60.

Par courrier du 22 septembre 2015, la caisse R.\_\_\_\_\_ a informé la Dresse N.\_\_\_\_\_ que l'assurance obligatoire des soins n'était pas en mesure de prendre en charge les frais précités, faute de lien de causalité naturelle et adéquate entre les dégâts constatés et l'incident annoncé. En effet, elle a indiqué que son médecin-dentiste conseil, auquel les éléments mis à disposition avaient été soumis, avait constaté, sur les radiographies du 11 novembre 2014, qu'un problème parodontal majeur affectait la dent n° 16 et qu'un traitement de racine incomplet avait été effectué sur la dent n° 14.

Par lettre du 23 octobre 2015, l'assurée a contesté le refus d'entrer en matière de la caisse R.\_\_\_\_\_. Elle a souligné qu'il était impensable que la Dresse N.\_\_\_\_\_ ait jugé que la racine fracturée de sa dent n° 14 ne provenait pas de sa chute. Elle a ajouté qu'en tant que médecin-dentiste, celle-ci ne se permettrait pas de faire une fausse déclaration. Elle a précisé qu'elle ne demandait pas la prise en charge de la totalité du montant du traitement, mais seulement du coût de remplacement de sa dent n° 14, dégât occasionné suite à sa chute.

A teneur d'un courrier du 17 novembre 2015, la caisse R.\_\_\_\_\_ a maintenu son refus de prise en charge.

Par courrier du 30 décembre 2015, l'assurée, représentée par la CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, a exposé que le dossier ne contenait aucun rapport médical contredisant les constatations formulées par la Dresse N.\_\_\_\_\_. Elle a dès lors soutenu que les lésions subies présentaient bel et bien un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident survenu le 14 avril 2015 et devaient, par conséquent, être prises en charge par la caisse R.\_\_\_\_\_. Elle a prié cette dernière de rendre une décision formelle.

Par avis du 27 janvier 2016, le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste, spécialiste en parodontologie et médecin-dentiste conseil de la caisse R.\_\_\_\_\_ a notamment exposé ce qui suit :

« Constatations / remarques particulières :

A l'examen radiologique du pont 14-16, nous pouvons faire les constatations suivantes :

1. Sur la dent 16, pilier postérieur du pont, nous voyons une atteinte parodontale majeure qui était déjà présente en novembre 2014, soit 6 mois avant l'accident.
2. Vu l'importance de cette parodontite, la dent était perdue. De plus, du fait de manque de tissu de soutien autour de cette dent, cette dernière ne pouvait plus faire office de soutien pour ce pont. Il en résultait une surcharge importante pour l'autre pilier à savoir, la dent 14.
3. Sur la dent 14, nous constatons un traitement radiculaire incomplet et un foyer périapical important. L'absence d'obturation radiculaire peut très bien être la cause du foyer périapical.
4. En ce qui concerne la fissure longitudinale constatée sur la photo, celle-ci peut très bien résulter de la surcharge subie par cette dent du fait du problème parodontal de la dent 16.
5. Finalement lors d'un choc, il est très rare de voir des fractures longitudinales. La plupart du temps, il s'agit de fractures transversales.

Conclusions :

Dans ce cas, il est impossible de mettre en relation les dégâts constatés, à savoir la fissure de la dent 14, avec un événement qui a eu lieu 4 mois plutôt [sic]. Il est par contre tout à fait vraisemblable que la parodontite terminale constatée sur la dent 16 et l'absence d'obturation radiculaire sur la dent 14 aient provoqué la perte du pont 14-16. L'assureur n'est donc pas tenu de prendre en charge les travaux proposés par le Dr N.\_\_\_\_\_. »

Par décision du 3 février 2016, la caisse R.\_\_\_\_\_, se référant à l'avis précité du Dr V.\_\_\_\_\_, a refusé la prise en charge du traitement devisé à 7'724 fr. 60.

Par acte du 25 février 2016, l'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision. Elle a soutenu qu'il ne faisait pas de doute que l'événement du 14 avril 2015 constituait un accident au sens de la loi. Elle a fait valoir que la caisse R.\_\_\_\_\_ avait nié l'existence d'un lien de causalité entre cet accident et les lésions constatées en se fondant uniquement sur l'appréciation rendue par son médecin-dentiste conseil. Se fondant sur un rapport du 13 janvier 2016 de la Dresse N.\_\_\_\_\_, établi à

sa demande, l'assurée a soutenu qu'il existait un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à sa dent n° 14. Elle a constaté que la position adoptée par la caisse R.\_\_\_\_\_ était en contradiction avec ledit rapport, et qu'aucun rapport médical revêtant une valeur probante suffisante et justifiant la décision de la caisse ne figurait au dossier. Elle a estimé que l'avis précité de la Dresse N.\_\_\_\_\_, quant à lui, permettait d'établir à un degré de vraisemblance prépondérante le lien de causalité naturelle et adéquate. Elle en a déduit que les frais de traitement relatifs à sa dent n° 14 devaient être pris en charge par la caisse R.\_\_\_\_\_.

A cet acte était annexé le rapport susmentionné du 13 janvier 2016 de la Dresse N.\_\_\_\_\_, accompagné de radiographies du 11 novembre 2014 et du 19 août 2015, ainsi que d'une photographie. Cette médecin-dentiste a indiqué que l'assurée était suivie régulièrement dans son cabinet si bien qu'elle pouvait attester qu'avant l'accident, la dent n° 14 était asymptomatique, tant à l'examen endobuccal que radiologique. Elle a ajouté qu'une obturation endodontique insuffisante ne pouvait expliquer la fracture radiculaire et qu'il était ainsi cohérent de mettre en relation la fracture radiculaire et le choc subi par la patiente dans ce secteur.

Une estimation d'honoraires du 19 février 2016 de la Dresse N.\_\_\_\_\_, concernant uniquement la dent n° 14, d'un montant de 3'894 fr. 40, était également jointe.

Après nouvel examen du dossier, le Dr V.\_\_\_\_\_ a, dans un avis médical du 4 avril 2016, émis les constatations suivantes :

- « 1. Mme J.\_\_\_\_\_ n'a pas consulté son médecin-dentiste lors de l'accident qui a eu lieu le 14.04.2015. Il faut donc en déduire que sur le moment l'accident n'a pas causé de gêne importante.
2. Selon le Dr N.\_\_\_\_\_ qui a vu la patiente 4 mois après l'accident, la fissure longitudinale constatée sur la racine de la 14 est due à l'accident. Personnellement je n'ai encore jamais vu de fracture longitudinale sur une dent n'ayant ni vis ni tenon, suite à un choc latéral tel que celui subit [sic] par Mme J.\_\_\_\_\_. Les fractures suite à ce genre d'événement sont toujours transversales.

3. La fracture longitudinale peut très bien s'expliquer par la surcharge occlusale exercée sur la dent 14 suite aux problèmes parodontaux constatés sur l'autre pilier du pont à savoir la dent 16. En effet suite à la perte d'attache majeure constatée sur cette dent, ce pilier postérieur ne remplit plus sa fonction de soutien et toutes les forces de mastication sont exercées sur la dent 14.
4. De plus la lésion périapicale présente sur la dent 14 est à mettre en relation avec le traitement de racine incomplet constaté sur la dent 14. Il est bien connu que l'absence d'obturation étanche favorise la recolonisation bactérienne et l'apparition de radio transparence apicale. Je n'ai par contre jamais affirmé que l'obturation canalaire incomplète pouvait expliquer la fracture radiculaire (cf. point 8 de la lettre de Maître Eléonore Salina).
5. Selon ces constatations, il est tout à fait impossible de mettre en relation l'accident survenu en avril 2015 et les dégâts constatés avant 2015. »

Par décision sur opposition du 11 avril 2016, la caisse R.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 3 février 2016. Dans sa motivation, elle a repris l'avis susmentionné du Dr V.\_\_\_\_\_ et en a conclu que faute de lien entre le traumatisme du 14 avril 2015 et la fracture longitudinale de la dent n° 14, le traitement devisé à 3'894 fr. 40 ne relevait pas de l'assurance obligatoire des soins.

**B.** Par acte du 13 mai 2016, J.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant principalement à l'annulation de celle-ci et à la prise en charge par la caisse R.\_\_\_\_\_ du traitement devisé à 3'894 fr. 40, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi à l'intimée pour complément d'instruction. D'une part, elle fait grief à l'intimée d'avoir apprécié les faits de manière arbitraire. Elle explique à cet égard que la caisse R.\_\_\_\_\_ s'est uniquement fondée sur le rapport de son médecin-conseil, le Dr V.\_\_\_\_\_, écartant l'avis du 13 janvier 2016 de la Dresse N.\_\_\_\_\_ sans motifs suffisants. Elle ajoute avoir mis en œuvre une expertise privée auprès du Dr F.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste, qu'elle produira dans les meilleurs délais. Elle relève que selon les premières constatations de ce praticien, l'avis de la dentiste susnommée, selon lequel il est vraisemblable que l'accident ait causé les lésions constatées à la dent n° 14, doit être confirmé. D'autre part, la recourante fait valoir que le rapport établi par le Dr V.\_\_\_\_\_, en contradiction avec celui de la Dresse N.\_\_\_\_\_, ne dispose pas d'une

valeur probante suffisante. Dès lors, elle affirme que l'intimée doit compléter le dossier sur la question du lien de causalité, par le biais d'une expertise externe.

Dans sa réponse du 6 juillet 2016, l'intimée conclut principalement au rejet du recours, subsidiairement au renvoi de la cause pour nouvelle décision. Elle relève que la recourante n'a consulté pour la première fois la Dresse N. \_\_\_\_\_ que le 19 août 2015, soit quatre mois après la chute. Se référant à la jurisprudence du Tribunal fédéral, elle considère que le délai écoulé entre l'incident et la première consultation rend à lui seul improbable le lien de causalité naturelle entre ladite chute et les lésions constatées sur la dent n° 14. Dès lors, elle retient que ce lien de causalité n'est pas prouvé au degré de la vraisemblance prépondérante. En outre, elle affirme que le Dr V. \_\_\_\_\_ a tenu compte de l'ensemble des pièces figurant au dossier et a motivé sa position, de sorte qu'il convient d'accorder pleine valeur probante à son rapport. Elle relève de surcroît que les conclusions dudit rapport ne sont pas sérieusement remises en cause par l'avis de la Dresse N. \_\_\_\_\_. En effet, selon l'intimée, cette dentiste s'est limitée à invoquer que « l'obturation endodontique insuffisante ne [pouvait] pas expliquer la fracture radiculaire », alors que le Dr V. \_\_\_\_\_ a clairement exposé le mécanisme de surcharge sur la dent n° 14, ce que la Dresse N. \_\_\_\_\_ n'a pas mentionné. Par ailleurs, l'intimée observe que la dentiste susnommée a affirmé, sans autre explication, qu'il était « cohérent de mettre en relation la fracture radiculaire et le choc subi ». L'intimée oppose l'avis du Dr V. \_\_\_\_\_, qui a considéré à cet égard que ladite fracture pouvait très bien provenir de la surcharge précitée et qui a en outre indiqué que les fractures longitudinales étaient très rares en cas de choc. L'intimée estime que l'affirmation de la Dresse N. \_\_\_\_\_ relève du principe « post hoc ergo propter hoc ». Dans ces conditions, elle considère que l'appréciation de son médecin-dentiste conseil est convaincante et qu'une expertise externe ne se justifie pas. En outre, elle constate qu'à ce jour, elle n'a pas reçu l'expertise du Dr F. \_\_\_\_\_, que son dossier était donc complet au moment de la rédaction de sa décision sur opposition et qu'elle a, à juste titre, suivi l'avis de son médecin-dentiste conseil. Pour finir, elle indique

que si la Cour de céans venait à admettre un lien de causalité naturelle, la cause devrait lui être renvoyée afin qu'elle se prononce sur le caractère efficace, approprié et économique du traitement.

Dans l'intervalle, le 5 juillet 2016, la recourante produit un rapport d'expertise du 1<sup>er</sup> juillet 2016 du Dr F.\_\_\_\_\_. Ce médecin-dentiste expose que même si le traitement de racine de la dent n° 14 était incomplet, l'état de cette dent était asymptomatique et non évolutif depuis de nombreuses années, et qu'il n'y avait pas de complication périapicale. Concernant l'avis du Dr V.\_\_\_\_\_, selon lequel la fissure longitudinale pouvait très bien résulter de la surcharge subie par la dent n° 14 du fait du problème parodontal de la dent n° 16, le Dr F.\_\_\_\_\_ indique qu'il s'agit d'une hypothèse, qui est théoriquement exacte, mais pas dans le cas d'espèce, où le choc subi a accéléré tout le processus de dégradation. Il relève qu'une comparaison des radiographies du 11 novembre 2014 et du 19 août 2015 prouve que c'est le choc qui a déclenché le processus inflammatoire, quel que soit le genre de fracture radiculaire. Ce n'est que suite au traumatisme et à la fracture radiculaire qu'un processus infectieux est apparu. Finalement, il indique que c'est bien le choc qui a causé la perte de la dent n° 14, provoquant une fracture de la racine puis une infection, et qu'il y a dès lors un lien de causalité entre la chute de l'assurée et les dégâts constatés sur la racine de la dent n° 14.

Par déterminations du 26 juillet 2016, l'intimée maintient ses conclusions. Elle estime que le Dr F.\_\_\_\_\_ n'apporte pas d'arguments nouveaux et s'attache au fait qu'avant l'accident, cela faisait des années qu'il n'y avait pas eu de problème infectieux ni de douleur sous la dent n° 14, partant du postulat que le choc a causé la fracture, qui a engendré une réaction infectieuse plusieurs mois après. Se référant à l'avis de son médecin-dentiste conseil, l'intimée rappelle que l'absence d'obturation radiculaire est une cause de foyer périapical. En outre, elle souligne qu'en tombant, l'assurée s'est protégée la joue avec la main et qu'avec cette protection, il est improbable que le choc ait été suffisant pour fracturer la racine. Elle relève que le Dr F.\_\_\_\_\_ présente une argumentation qui

tend à substituer son appréciation, non motivée, à celle, motivée, du Dr V.\_\_\_\_\_ et qu'il ne donne pas d'explication médicale mais se fonde sur le principe « post hoc ergo propter hoc ». L'intimée observe que le Dr F.\_\_\_\_\_ n'a pas discuté du délai de quatre mois entre la chute et la consultation. Par conséquent, l'intimée considère que l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_ n'a pas de valeur probante et ne crée aucun doute quant à la fiabilité et la pertinence des constatations médicales effectuées par le Dr V.\_\_\_\_\_. Dès lors, selon elle, la mise sur pieds d'une expertise judiciaire s'avère inutile.

Le 12 août 2016, la recourante indique ne pas avoir d'explications complémentaires à déposer.

### **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-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (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).

En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

**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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). De

valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée doit verser des prestations pour le dommage dentaire subi par la recourante. Il s'agit d'examiner si les lésions de la dent n° 14, constatées médicalement le 19 août 2015, sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'incident du 14 avril 2015 et, de ce fait, à la charge de la caisse R.\_\_\_\_\_.

**3. a)** L'assurance-maladie alloue des prestations en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (art. 1a al. 2 let. b LAMal) et couvre notamment les coûts du traitement de lésions du système de mastication causées par un accident (art. 31 al. 2 LAMal).

Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGa).

**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 ; 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.

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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; TF 8C\_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accident obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, n. 104 p. 929).

**c)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré 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).

**4. a)** Selon le principe inquisitoire, qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (art. 43 al. 1 LPGGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 9C\_88/2013 du 4 septembre 2013 consid. 4.1.2).

**b)** Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; également TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un

assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est, parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF 9C\_853/2011 du 27 juin 2012 consid. 3.2 et I 81/07 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; 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 ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à

l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4).

**5. a)** En l'espèce, il n'est pas contesté que l'événement du 14 avril 2015 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA.

**b)** Il convient dès lors d'examiner s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre la chute de l'intéressée et les lésions constatées à sa dent n° 14.

Dans les rapports des 27 janvier et 4 avril 2016, le Dr V.\_\_\_\_\_ a exposé que la lésion périapicale présente sur la dent n° 14 était à mettre en relation avec le traitement de racine incomplet. Il a justifié son assertion en indiquant qu'il était bien connu que l'absence d'obturation étanche favorisait la recolonisation bactérienne. Quant à la fracture de la racine, il a indiqué qu'elle pouvait très bien s'expliquer par la surcharge occlusale exercée sur cette dent, suite aux problèmes parodontaux constatés sur la dent n° 16. Il a ajouté que les fractures suite à un choc latéral étaient toujours transversales, et non longitudinales.

La Dresse N.\_\_\_\_\_ soutient, quant à elle, qu'il existe un lien de causalité entre la chute de la recourante et les lésions constatées sur sa dent n° 14. La suivant régulièrement, elle a attesté qu'avant l'accident, cette dent était asymptomatique. Cette praticienne a indiqué qu'une obturation endodontique insuffisante ne pouvait expliquer la fracture radiculaire et qu'il était ainsi cohérent de mettre en relation cette fracture avec le choc subi.

De même, le Dr F.\_\_\_\_\_ a aussi relevé que, même si le traitement de racine de la dent n° 14 était incomplet, l'état de cette dent

était asymptomatique et non évolutif depuis de nombreuses années. Il a retenu que c'était le choc qui avait causé la perte de cette dent, provoquant une fracture de la racine, puis une infection.

Les avis médicaux sont ainsi contradictoires sans que l'on puisse déterminer quelles conclusions doivent être suivies. Le dossier ne permet dès lors pas de statuer en pleine connaissance de cause.

**6. a)** Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment établis a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

**b)** En l'occurrence, compte tenu des contradictions évoquées ci-dessus, il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée - à qui il appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit

la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA -, pour qu'elle en complète l'instruction sur le plan médical sous la forme d'une expertise conformément à la procédure prévue par l'art. 44 LPGA.

Il appartiendra ensuite à l'intimée, sur la base de cette expertise, de rendre une nouvelle décision.

**7. a)** En conclusion, le recours, bien fondé, doit être admis et la décision attaquée annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction au sens des considérants et nouvelle décision.

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

**c)** La recourante obtenant gain de cause et étant représentée par un mandataire professionnel, elle peut prétendre à une indemnité de dépens. Le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA ; également art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 1'000 fr. à la charge de l'intimée qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 11 avril 2016 par R.\_\_\_\_\_ est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants puis nouvelle décision.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV. R.\_\_\_\_\_ versera à J.\_\_\_\_\_ une indemnité de dépens de 1'000 fr. (mille francs).

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour J.\_\_\_\_\_)
- R.\_\_\_\_\_
- 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 :