

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 février 2025

Composition : Mme PASCHE, juge unique
Greffière : Mme Huser

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me David Métille, avocat à Lausanne,

et

S. _____ **SA**, à Martigny, intimée.

Art. 4 et 53 al. 1 et 2 LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Par déclaration d'accident-bagatelle du 7 février 2017 adressée à S._____SA (ci-après : [...] ou l'intimée), R._____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1975, a indiqué que le 28 janvier 2017, en sortant de son logement, elle s'était cogné le visage contre le coin d'un mur, ce qui avait occasionné des écorchures, des griffures et des saignements de la gencive, précisant qu'une dent bougeait.

Le 9 février 2017, l'assurée a été examinée par la Dre P._____, médecin-dentiste, qui a rempli un questionnaire et établi un devis le 13 février 2017 à l'attention de l'assureur-accidents. Dans ce document, la spécialiste précitée a mentionné que la dent 11 était luxée (déplacée) et y a précisé manuscritement « 13 incluse » et « 53 existante ». Le devis se montait à 279 fr. pour un réglage de l'occlusion palatine, un réglage du bord incisif, ainsi que pour un curetage.

Dans un avis du 1^{er} mars 2017, le Dr E._____, médecin-dentiste-conseil de S._____SA, a constaté que l'état parodontal de la dent 11 était mauvais (avec perte d'os) et a indiqué qu'il fallait requérir les radiographies effectuées antérieurement à l'accident auprès de la Dre P._____.

Après avoir pris connaissance de radiographies datant de 2013, le Dr E._____ a pris position le 5 avril 2017, en indiquant un refus, dès lors que l'assurée avait présenté des « problèmes parodontique[s] antérieurs » à l'accident.

Le 11 mai 2017, S._____SA a sollicité un deuxième avis auprès de son médecin-dentiste-conseil, le Dr H._____, qui a mentionné que la dent 11 avait un pronostic réservé qui ne dépendait pas du traumatisme mais bien de la canine incluse (13), si bien que la relation entre les dégâts constatés sur la dent 11 et l'accident du 28 janvier 2017 n'était pas établie.

Par décision du 23 mai 2017, S._____SA a refusé la prise en charge du traitement de la dent 11 de l'assurée, compte tenu des constatations de son médecin-dentiste-conseil. Cette décision n'a pas été contestée, de sorte qu'elle est entrée en force.

B. Par courrier du 18 décembre 2020 du Service de chirurgie orale et maxillo-faciale du Centre hospitalier J._____ ([...]), auquel était joint un rapport du 4 septembre 2020 de la Dre G._____, médecin-dentiste, et cheffe de clinique adjointe auprès de ce même Service, un réexamen du dossier de l'assurée était sollicité. Dans le rapport précité, la Dre G._____ a en particulier relevé que la patiente avait été suivie une première fois en 2018 en chirurgie maxillo-faciale à la suite d'un abcès au départ de la dent 11, lequel avait été traité par rinçage et antibiothérapie. Selon les imageries réalisées en 2018, la dent 13 était incluse et la patiente se présentait actuellement avec une augmentation de son diastème 11-12 et 12-53 avec un pré-contact au niveau de la dent 11 et des dents 41-42, ce qui la gênait à la fois de façon fonctionnelle et esthétique. La Dre G._____ proposait ainsi deux traitements et demandait une « éventuelle prise en charge d'un des deux traitements [...] ou d'une autre proposition de traitement. »

Après plusieurs rappels restés sans réponse, la Dre G._____ a, par courriel du 6 juin 2021 adressé à S._____SA, précisé que le traitement orthodontique avec appareillage fixe envisagé s'élevait à 5'000 fr., selon une estimation du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orale, maxillo-faciale et orthodontie.

Dans un courrier du 27 juillet 2021 à S._____SA, la Dre G._____ a fourni des photographies et radiographies datant de 2018 qui montraient, selon elle, l'absence d'interférence entre la dent incluse et la dent 11. Elle a indiqué à nouveau que le coût du traitement orthodontique était estimé à 5'000 fr. et demandait que le dossier de la patiente soit rouvert.

Sur demande du 10 août 2021 de S._____SA, le Service de chirurgie orale et maxillo-faciale du Centre hospitalier J._____ lui a fait

parvenir, le 9 septembre 2021, différentes pièces, parmi lesquelles un formulaire de lésion dentaire du 24 août 2021, faisant état d'une luxation de la dent 11, ainsi qu'un devis du Dr M. _____ du 28 mai 2021 d'un montant total de 3'400 francs.

Le 20 janvier 2022, le Dr V. _____, médecin-dentiste-conseil et spécialiste en orthodontie, a estimé qu'en l'absence de document antérieur à l'accident et de description précise des dommages subis lors du choc, il était difficile de soutenir que la situation actuelle de la dent 11 était une conséquence de l'accident. Il a en outre précisé qu'en l'absence de plan de traitement, il ne voyait pas l'avantage d'un traitement orthodontique. Il a ainsi conclu au refus de prise en charge du traitement orthodontique envisagé.

Par courrier du 26 janvier 2022 au Centre hospitalier J. _____, S. _____ SA lui a fait savoir qu'elle n'était pas en mesure d'intervenir pour les frais de traitement devisés à 3'400 fr., faute de lien de causalité, établi au stade de la vraisemblance prépondérante, entre les dommages causés par l'accident et la situation d'alors.

Dans un rapport du 24 février 2022 adressé à S. _____ SA, la Dre G. _____ a mentionné que la patiente avait présenté un traumatisme au niveau maxillaire en date du 28 janvier 2018 (recte : 2017) et qu'à la suite de l'accident, la dent 11 avait dû être dévitalisée et présentait un déplacement post-traumatique de plus en plus important avec mésialisation et extrusion. Elle a ajouté que le « Cone Beam » (imagerie volumétrique par faisceau conique) réalisé le 5 mars 2018 montrait l'absence d'interférence de la canine maxillaire droite incluse avec la dent 11, ce qui n'expliquait donc pas son déplacement. Elle a ainsi demandé à S. _____ SA de réexaminer la demande de prise en charge du traitement dentaire de sa patiente.

Par courriel du 25 février 2022 à S. _____ SA, la Dre G. _____ a expliqué qu'elle ne souhaitait pas tracter la canine incluse, ni faire un alignement dentaire, mais uniquement une intrusion et une

distalisation de la dent 11 comme cela était indiqué dans le devis du Dr M._____.

Par courriel du 4 mars 2022 à S._____SA, l'assurée a fait valoir que cette dernière devait prendre en charge ses soins dentaires. Elle a joint diverses pièces à cet envoi, établies en 2017 et 2018 (factures de 171 fr. du 21 février 2017, de 214 fr. 20 du 5 mai 2017, de 917 fr. 60 du 21 décembre 2017, de 634 fr. 55 du 29 janvier 2018, de 112 fr. 85 du 13 juin 2018 et de 406 fr. 80 du 23 mars 2018).

Par courriel du 11 mars 2022, l'assurée a transmis à S._____SA les radiographies dentaires antérieures à l'accident, réalisées en 2016.

Le dossier de l'assurée a été soumis une nouvelle fois au Dr V._____, médecin-dentiste-conseil, qui a relevé le 26 avril 2022 que malgré de multiples sollicitations auprès des divers intervenants, il n'était pas en possession de documents précisément datés et cohérents, s'étonnant notamment du fait qu'un extrait de scan daté du 28 janvier 2017 montrait une dent 11 dévitalisée alors que des photographies du 21 mars 2022 montraient cette dent intacte. Il n'avait pas non plus reçu de plan de traitement et de devis précis, tout en indiquant que la migration de la dent 11, pour laquelle la Dre G._____ affirmait qu'elle était sans rapport avec la dent 13 incluse, semblait secondaire à une importante atteinte parodontale plutôt qu'à un choc accidentel ayant eu lieu en 2017. Le Dr V._____ a ainsi confirmé qu'il n'appartenait pas à S._____SA de prendre en charge le traitement orthodontique.

Par décision du 4 mai 2022, S._____SA a refusé d'intervenir pour la prise en charge des traitements dentaires facturés (171 fr., 214 fr. 20, 917 fr. 60, 634 fr. 55, 112 fr. 85 et 406 fr. 80), ainsi que pour les traitements devisés à 279 fr. et 3'400 francs.

Le 1^{er} juin 2022, l'assurée a formé opposition à cette décision. Elle a en substance fait valoir qu'elle avait dûment rempli une déclaration

d'accident, que l'assureur avait eu les informations nécessaires sur la nature des lésions après le traumatisme subi et que le diagnostic de dent incluse retenu par l'assureur n'avait pas été confirmé par le « Cone beam » réalisé le 5 mars 2018. Elle s'est également plainte de l'instruction menée par S._____SA et a estimé que les pièces transmises à l'assureur-accidents n'avaient pas été enregistrées correctement dans son dossier. Elle a en outre affirmé que le traitement de racine effectué en urgence était dû aux complications et à l'aggravation à la suite de l'accident, de sorte que ce traitement devait être pris en charge par l'assureur-accidents. Enfin, elle a estimé que le traitement proposé par la Dre G._____ était adéquat et devait également être pris en charge par S._____SA. L'assurée a complété son opposition le 8 juin 2022, en soutenant notamment que les radiographies antérieures à l'accident avaient été envoyées à plusieurs reprises à l'assureur-accidents et permettaient de constater que la dent 11 était saine et non mobile, tout en réitérant le fait que les traitements prodigués devaient être pris en charge par S._____SA.

Le 11 octobre 2022, S._____SA s'est adressée à la Dre P._____ afin qu'elle lui fasse parvenir l'historique des traitements dentaires effectués en 2017 d'une part, et de 2017 à ce jour, d'autre part. Elle en a fait de même auprès des Drs G._____ et M._____, ainsi qu'auprès du Dr Z._____, médecin-dentiste, que l'assurée a consulté entre novembre 2017 et mars 2018.

Le 13 octobre 2022, la Dre P._____ a donné suite à la requête de S._____SA, en précisant que l'assurée était venue le 9 février 2017 comme nouvelle patiente et n'était revenue au cabinet que le 5 décembre 2017 pour récupérer les radiographies effectuées, sans avoir repris de rendez-vous.

Par courriel du 14 octobre 2022, le Dr Z._____ a expliqué que la patiente n'avait débuté un traitement au cabinet que courant 2017. Il a joint une liste des consultations avec le libellé des interventions.

Le Dr M._____ a, pour sa part, fait savoir le 27 octobre 2022 à S._____SA que la patiente n'avait jamais été vue à son cabinet, mais au Centre hospitalier J._____.

Le 3 novembre 2022, la Dre G._____ a transmis à S._____SA le dossier de l'assurée. Elle a précisé que ce dossier lui avait déjà été demandé en octobre 2020, le 13 septembre 2021, le 26 avril 2022 avec le CD du « Cone Beam » qui lui parviendrait une nouvelle fois par la poste. Elle a joint à son courrier diverses pièces, parmi lesquelles :

- les résultats d'un prélèvement du 5 mars 2018 établissant la présence d'un abcès gingival maxillaire antérieur ;
- un protocole opératoire du 16 mars 2018 du Service de chirurgie orale et maxillo-faciale du Centre hospitalier J._____, relatif à une intervention du 7 mars 2018 consistant en une exploration de plaie, incision de l'abcès de loge au départ de la dent 11, drainage et rinçage ;
- un protocole opératoire du 19 avril 2018 du Service de chirurgie orale et maxillo-faciale du Centre hospitalier J._____, selon lequel la patiente avait eu un abcès vestibulaire en regard de la dent 11 qui présentait une parodontite ;
- une fiche médicale résumant les trois examens de l'assurée auprès du Centre hospitalier J._____ les 27 juillet 2020, 28 mai 2021 et 12 août 2022 ;
- une copie de radiographies et photographies des dents de l'assurée.

S._____SA a soumis à nouveau le dossier de l'assurée à son médecin-dentiste-conseil, qui a rendu un rapport le 16 janvier 2023. Le Dr H._____ y a en particulier relevé que la relation entre le traumatisme et les dégâts constatés était exclue. En effet, selon une radiographie apicale de la dent 11 du 9 février 2017 réalisée moins de deux semaines après l'accident, il était certain que la résorption osseuse autour de la dent 11 était antérieure à celui-ci. Le Dr H._____ était d'avis, à l'instar de ce

qu'affirmait le Dr V._____, que la migration de la dent 11 était secondaire à une atteinte parodontale sévère préexistante au traumatisme de 2017 plutôt qu'à un choc accidentel. Il a ajouté que selon la radiographie apicale du 9 février 2017, l'apex de la dent 11 se superposait à la couronne de la dent 13, ce qui signifiait que le rapport entre les deux dents était étroit. Il a considéré que le traitement orthodontique proposé par la Dre G._____ n'était ni approprié, ni économique et a conclu que l'état antérieur de la dent 11 avait joué un rôle à 100% dans la survenance du dommage en 2017 et que ce dommage serait survenu même sans évènement particulier.

Par courrier du 30 janvier 2023, l'assurée a demandé à S._____SA qu'une décision sur opposition soit rendue rapidement.

Le 27 février 2023, l'assurée a demandé un certain nombre de documents à S._____SA, en vue du dépôt d'un recours auprès de l'autorité judiciaire.

Le 20 mars 2023, le Dr H._____ a encore examiné le dossier de l'assurée. Il a conclu que les dégâts constatés en 2017 et les complications survenues sur la dent 11 en 2018 n'étaient pas à mettre en relation avec l'accident du 28 janvier 2017, confirmant ainsi son avis du 11 mai 2017. Il a estimé que les traitements proposés par les Drs G._____ et M._____ ne correspondaient pas à des traitements efficaces, appropriés et économiques, du fait que les dégâts parodontaux sur la dent 11 étaient préexistants à l'accident, soulignant que les nombreuses propositions thérapeutiques (prothétique, orthodontique) ne plaidaient pas en faveur d'une prise en charge sûre, réfléchie et cohérente.

Par décision sur opposition du 18 avril 2023, S._____SA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 4 mai 2022. Elle s'est en particulier fondée sur les avis successifs de ses médecins-conseils, selon lesquels la relation entre les dégâts constatés sur la dent 11 et le traumatisme du 28 janvier 2017 ne pouvait être établie, au degré de la vraisemblance prépondérante, si bien qu'il ne lui appartenait pas de

prendre en charge les traitements devisés, qui n'apparaissaient au demeurant pas efficaces, appropriés et économiques, pas plus que les traitements déjà facturés.

C. Par acte du 17 mai 2023, R._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision précitée, en concluant à son annulation. En substance, elle a fait valoir que la Dre P._____, se fondant notamment sur la radiographie occlusale du 9 février 2023 (sic), ne partageait pas l'avis du médecin-dentiste-conseil de l'intimée. La recourante a ensuite contesté l'existence d'une parodontite, sur la base du premier rapport du médecin-dentiste-conseil de l'intimée du 5 avril 2017, et en se fondant sur les radiographies effectuées avant l'accident. Dans un troisième moyen, la recourante a relevé que les Drs G._____ et M._____ ne partageaient pas non plus l'avis du médecin-conseil de l'intimée. La recourante a enfin estimé que les pièces qui avaient été mises à la disposition du Dr H._____ n'avaient pas été datées chronologiquement, ce qui constituait à ses yeux une mauvaise appréciation de l'évolution des suites de l'accident. La recourante a produit, avec son recours, la première page de l'avis du 20 mars 2023 du Dr H._____, sur laquelle celui-ci avait listé les pièces qui avaient été mises à sa disposition.

Dans sa réponse du 22 juin 2023, l'intimée a conclu au rejet du recours, en se fondant sur les avis, qu'elle a jugés probants, de ses médecins-dentistes-conseils, les Drs E._____, V._____ et H._____, qui ont estimé que la lésion de la dent 11 n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'évènement du 28 janvier 2017.

Par décision du 24 juillet 2023, le précédent juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 19 mai 2023, désigné Me David Métille comme avocat d'office et astreint celle-ci à payer une franchise mensuelle de 100 francs.

Répliquant le 9 juillet 2024, la recourante, par son avocat, a maintenu sa position, en soutenant qu'il fallait privilégier l'avis de la Dre

G._____ à ceux des médecins-conseils de l'intimée. Elle s'est en particulier référée à un courrier du 10 mai 2024 de la médecin précitée, qui a répondu aux questions posées par Me Métille. Dans ce document, la Dre G._____ s'est partiellement ralliée aux constatations du Dr V._____, en ce sens qu'elle a admis qu'une atteinte parodontale importante était préexistante à l'accident du 28 janvier 2017, tout en considérant que la migration de la dent 11 de l'assurée était due à la fois à l'atteinte parodontale préexistante et au choc accidentel.

Par duplique du 3 octobre 2024, l'intimée a relevé que l'avis de la Dre G._____, peu détaillé, ni motivé, ne permettait pas de remettre en cause valablement l'appréciation détaillée de son médecin-dentiste-conseil, le Dr H._____. Elle a joint un avis du 25 juin 2023 de ce spécialiste, qui a, une fois encore, confirmé son appréciation selon laquelle les dégâts constatés en 2017 sur la dent 11 et les complications survenues sur cette dent en 2018 n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 28 janvier 2017.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile (art. 60 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à la révision de la décision du 23 mai 2017, entrée en force, singulièrement si S. _____ SA était fondée à refuser la prise en charge du traitement des lésions dentaires de la dent 11 (cf. factures de 171 fr., 214 fr. 20, 917 fr. 60, 634 fr. 55, 112 fr. 85, 406 fr. 80 et traitements devisés à 279 fr. et 3'400 fr.), faute de relation de causalité naturelle et adéquate entre ces lésions et l'événement du 28 janvier 2017.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon 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/aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 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_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1).

bb) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

cc) En vertu 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

c/aa) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

bb) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_615/2021 du 31 mars 2022 consid. 3.2).

cc) 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 même faibles 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 oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7; voir aussi l'arrêt 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

4. a) Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant.

La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (qui correspond à l'ancien art. 137 let. b OJ et auquel s'applique la jurisprudence rendue à propos de cette norme, cf. ATF 144 V 245 consid. 5.1). La révision suppose ainsi la réalisation de cinq conditions : 1° le requérant invoque un ou des faits ; 2° ce ou ces faits sont « pertinents », dans le sens d'importants (« erhebliche »), c'est-à-dire qu'ils sont de

nature à modifier l'état de fait qui est à la base du jugement et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte ; 3° ces faits existaient déjà lorsque le jugement a été rendu: il s'agit de pseudo-nova (« unechte Noven »), c'est-à-dire de faits antérieurs au jugement ou, plus précisément, de faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables ; 5° le requérant n'a pas pu, malgré toute sa diligence, invoquer ces faits dans la procédure précédente (ATF 143 III 272 consid. 2.2 et les références).

Quant aux preuves concluantes, elles supposent en bref aussi la réunion de cinq conditions: 1° elles doivent porter sur des faits antérieurs (pseudo-nova) ; 2° elles doivent être concluantes, c'est-à-dire propres à entraîner une modification du jugement dans un sens favorable au requérant ; 3° elles doivent avoir déjà existé lorsque le jugement a été rendu (plus précisément jusqu'au dernier moment où elles pouvaient encore être introduites dans la procédure principale) ; 4° elles doivent avoir été découvertes seulement après coup ; 5° le requérant n'a pas pu les invoquer, sans faute de sa part, dans la procédure précédente (ATF 143 III 272 consid. 2.2). Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment de la décision principale, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la décision principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b p. 358 et les références ; TF 8C_687/2017 du 24 octobre 2018 consid. 3).

b) L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA).

5. a) En l'occurrence, l'intimée est entrée en matière sur la demande de révision du 18 décembre 2020, quand bien même la recourante n'y a fait état d'aucun moyen de preuve ni faits nouveaux importants qui ne pouvaient pas être produits auparavant.

Dans le rapport du 4 septembre 2020 de la Dre G._____, joint à la demande de révision du 18 décembre 2020, il est en effet fait état d'une patiente vue pour la première fois en 2018, soit postérieurement à la décision du 23 mai 2017. Les faits que cette médecin relate n'étaient donc pas connus au moment où l'intimée a rendu sa décision et ne constituent ainsi pas des faits nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA.

b) Par ailleurs, les avis médicaux dont se prévaut la recourante ne font pas apparaître la décision du 23 mai 2017 comme manifestement erronée au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA.

c) Il apparaît ainsi que les conditions d'une révision (procédurale) de la décision du 23 mai 2017, entrée en force, n'étaient, au moment de la demande, pas remplies. Quoi qu'il en soit, dans la mesure où l'intimée est entrée en matière sur cette demande et qu'elle a rendu une nouvelle décision le 4 mai 2022, confirmée sur opposition le 18 avril 2023, il y a lieu d'examiner si l'intimée était fondée à refuser la prise en charge des traitements facturés et devisés dans la procédure initiée en décembre 2020.

6. a) En l'occurrence, il est constant que l'intimée a admis, en janvier 2017, que la recourante avait été victime d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Ce point n'a pas à être réexaminé à ce stade. L'intimée a toutefois, par décision du 23 mai 2017 entrée en force, refusé de prester,

au motif que la relation de causalité entre les dégâts constatés sur la dent 11 et le traumatisme (accident du 28 janvier 2017) n'était pas établie. Elle a confirmé sa position par décision du 4 mai 2022, puis par décision sur opposition du 18 avril 2023. Pour ce faire, elle s'est en particulier fondée sur les avis successifs de ses médecins-dentistes-conseils, les Drs E._____, V._____, et H._____.

b) En l'espèce, le dossier de l'assurée a tout d'abord été soumis au DrE._____ qui, dans un avis du 1^{er} mars 2017, a constaté que l'état parodontal de la dent 11 était mauvais (avec perte d'os). Après avoir visualisé des radiographies datant de 2013, le médecin-dentiste précité a confirmé son appréciation, selon laquelle l'assurée avait présenté des problèmes parodontaux antérieurs à l'accident (cf. avis du 5 avril 2017). Sollicité ensuite dans le cadre d'un deuxième avis, le DrH._____ a émis un pronostic réservé au sujet de la dent 11, compte tenu de la canine 13 incluse et non en raison du traumatisme. Selon ce spécialiste, la relation de causalité entre les dégâts constatés sur la dent 11 et l'accident du 28 janvier 2017 n'était pas établie (cf. avis du 11 mai 2017). A la suite de ces deux avis, l'intimé a rendu la décision du 23 mai 2017 de refus de prise en charge des dégâts sur la dent 11 de l'assurée, entrée en force.

Dans le cadre de la demande de révision intervenue près de trois ans et demi plus tard, et alors que S._____ SA a reçu un rapport complémentaire de la Dre G._____ indiquant qu'un traitement orthodontique était envisagé (cf. rapport du 4 septembre 2020 et devis du 6 juin 2021), le dossier de l'assurée a été soumis au DrV._____, médecin-dentiste-conseil, qui a confirmé que l'état de la dent 11 n'était, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas une conséquence de l'accident, dès lors que la migration de cette dent, pour laquelle la Dre G._____ affirmait qu'elle était sans rapport avec la dent 13 incluse, semblait secondaire à une importante atteinte parodontale plutôt qu'à un choc accidentel ayant eu lieu en 2017 (cf. avis des 20 janvier et 26 avril 2022). Compte tenu de documents médicaux reçus par la DreG._____ le 6 novembre 2022, l'intimé a sollicité une nouvelle fois le Dr H._____ pour un avis. Celui-ci a relevé, dans un avis du 16 janvier 2023, que la

relation entre le traumatisme de 2017 et les dégâts constatés par la suite était exclue. En effet, selon une radiographie apicale de la dent 11 du 9 février 2017 réalisée moins de deux semaines après l'accident, il était certain que la résorption osseuse autour de la dent 11 était antérieure à celui-ci. Le Dr H._____ était d'avis, à l'instar de ce qu'affirmait le Dr V._____, que la migration de la dent 11 était secondaire à une atteinte parodontale sévère préexistante au traumatisme de 2017 plutôt qu'à un choc accidentel. Il a ajouté que selon la radiographie apicale du 9 février 2017, l'apex de la dent 11 se superposait à la couronne de la dent 13, ce qui signifiait que le rapport entre les deux dents était étroit. Le Dr H._____ a complété son appréciation par un avis du 20 mars 2023, dans lequel il a listé les pièces à disposition, rappelé l'historique depuis l'accident, résumé les avis des médecins-dentiste-conseils précédents et confirmé que l'infection survenue sur la dent 11 entre novembre 2017 et février 2018 était la conséquence d'une atteinte parodontale sévère de la dent 11 préexistante à l'accident et non la conséquence du traumatisme du 28 janvier 2017. Il a encore relevé que le « Cone Beam », coupe 186, du 5 mars 2018, montrait qu'une communication existait entre le sac folliculaire de la dent 13 incluse et la lésion parodontale périarticulaire de la dent 11. Cette image prouvait ainsi qu'une lésion parodontale autour de la racine de la dent 11 avait pu se développer à partir de la dent 13 incluse. Il y a lieu à ce stade de constater que le Dr H._____ a examiné l'ensemble des pièces du dossier, ce après qu'un complément d'instruction a été effectué par l'intimée auprès de tous les médecins consultés par la recourante. Il a donc établi son rapport du 20 mars 2023, clair et détaillé, en parfaite connaissance du dossier. Son appréciation, convaincante, rejoint également les avis de deux autres spécialistes, les Drs E._____ et V._____.

Dans son recours, la recourante se réfère à une radiographie occlusale du 9 février 2023, qu'elle n'a au demeurant pas produite, laquelle n'est dans tous les cas pas de nature à permettre d'examiner différemment la question de la causalité entre les troubles allégués et l'accident de janvier 2017, dès lors qu'elle a eu lieu six ans après l'accident du 28 janvier 2017. Si, toutefois, il fallait comprendre que la

recourante se référait en réalité à la radiographie du 9 février 2017, on relèvera que le Dr H. _____ a pris expressément position à cet égard, en soulignant qu'il était impossible qu'une lésion parodontale du type de celle mise en évidence au niveau de la dent 11 ait pu se développer aussi rapidement, à savoir en seulement douze jours après l'accident. L'argument de la recourante tombe ainsi à faux.

Enfin, l'affirmation de la recourante selon laquelle le Dr H. _____ aurait établi son appréciation sur la base de radiographies qui n'aurait pas été datées dans l'ordre chronologique ne repose sur aucun fondement et doit être écartée.

c) S'agissant des avis des Drs G. _____ et M. _____, ils ne sont pas propres à remettre sérieusement en doute l'appréciation des médecins-conseils de l'intimée.

En effet, la Dre G. _____, que la recourante a consultée pour la première en 2018, soit plus d'une année après l'accident du 28 janvier 2017, dans le cadre d'une chirurgie maxillo-faciale à la suite d'un abcès au départ de la dent 11, n'évoque aucunement, dans son rapport du 4 septembre 2020, joint à la demande de révision, que l'intervention réalisée aurait été en lien avec le traumatisme subi par la recourante en 2017, pas plus que les traitements proposés. Au contraire, elle constate sur le « Cone Beam » réalisé en 2018, une dent 13 incluse, comme cela avait déjà été mentionné par la Dre P. _____ moins de deux semaines après l'accident, ce qui rejoint les constats des médecins-dentistes-conseils de l'intimée. La lecture que fait la Dre G. _____ des photographies et radiographies datant de 2018, selon laquelle il y aurait absence d'interférence entre la dent incluse et la dent 11 n'apparaît pas convaincante. L'appréciation du Dr H. _____, qui a répondu avec précision que le « Cone Beam », coupe 186, du 5 mars 2018, montrait qu'une communication existait entre le sac folliculaire de la dent 13 incluse et la lésion parodontale périarticulaire de la dent 11, si bien que cette image prouvait qu'une lésion parodontale autour de la racine de la

dent 11 avait pu se développer à partir de la dent 13 incluse, apparaît, au stade la vraisemblance prépondérante, bien plus crédible.

On relèvera également que ce n'est qu'après avoir eu connaissance du courrier du 26 janvier 2022 de S._____ SA, informant le Centre hospitalier J._____ du refus de prise en charge des frais de traitement devisés à 3'400 fr., faute de lien de causalité entre les dommages causés par l'accident et la situation d'alors, que la Dre G._____ a, pour la première fois, mentionné que la patiente avait présenté un traumatisme au niveau maxillaire en date du 28 janvier 2018 (recte : 2017) et qu'à la suite de l'accident, la dent 11 avait dû être dévitalisée et présentait un déplacement post-traumatique de plus en plus important avec mésialisation et extrusion (cf. rapport du 24 février 2022). Il faut ainsi considérer que l'affirmation de la Dre G._____, quant à l'existence d'un lien de causalité entre les dégâts constatés et le traumatisme de 2017, repose uniquement sur un raisonnement post hoc propter hoc, que l'on ne saurait suivre.

A cela s'ajoute que la Dre G._____ s'est finalement partiellement ralliée aux constatations des Dr V._____ et H._____, en ce sens qu'elle a admis l'existence d'une atteinte parodontale importante préexistante à l'accident du 28 janvier 2017 (cf. rapport du 10 mai 2024). Elle a toutefois considéré que la migration de la dent 11 de l'assurée était due à la fois à l'atteinte parodontale préexistante et au choc accidentel. La Dre G._____ n'a cependant pas précisé dans quelle proportion les deux facteurs auraient joué un rôle, contrairement au Dr H._____ qui a affirmé qu'une relation de causalité entre les dégâts constatés sur la dent 11 et le traumatisme de 2017 était exclue. L'avis de la Dre G._____, qui a quelque peu varié au fil des années et qui repose sur des rapports peu motivés, ne permet ainsi pas de remettre en doute l'appréciation des médecins-dentistes-conseils de l'intimée.

Quant au Dr M._____, il s'est contenté d'établir un devis, le 28 mai 2021, dont on ne peut rien déduire s'agissant de la nature, post-

traumatique ou non, des atteintes de la dent 11 de la recourante. Son appréciation doit donc d'emblée être écartée.

e) En définitive, l'intimée était fondée, sur la base des avis concordants et probants des Drs E._____, V._____ et H._____, à retenir que la lésion de la dent 11 de la recourante et les complications qui s'en sont suivies en 2018, n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 28 janvier 2017. C'est donc à bon droit qu'elle a refusé toute prise en charge des frais de traitements intervenus postérieurement à cet évènement.

7. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f^{bis} LPGA), ni d'allouer de dépens à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

c) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire et s'est vu désigner un conseil d'office par décision du 24 juillet 2023. Me Métille peut ainsi prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Cette indemnité doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ). En l'espèce, selon la liste des opérations datée du 14 octobre 2024, Me Métille a chiffré à 14 heures et 5 minutes le temps consacré au dossier de la recourante, soit 13 heures et 20 minutes au tarif d'avocat et 45 minutes au tarif d'avocat-stagiaire. Or, si les opérations futures comptabilisées à titre indicatif en date du 14 mars 2025, à hauteur de 1 heure et 15 minutes, peuvent être acceptées, les opérations postérieures ne sauraient être retenues. Les opérations admises couvrent en effet, en sus de l'examen du présent arrêt, un entretien téléphonique et un courriel à l'assuré. Les courriels subséquents ne se justifient pas, tout comme le courrier à S._____SA dont l'objet est le paiement des dépens. A cet

égard, il convient de retrancher 40 minutes. En outre, il y a lieu de retrancher le temps consacré à l'envoi de la liste d'opérations, par 20 minutes, le 14 octobre 2024 (JdT 2017 III 59 ; CASSO AI 295/22 - 233/2023 du 28 août 2023). Le temps dévolu à l'opération « reprise et finalisation projet, bordereau et envoi » du 9 juillet 2024, soit 30 minutes, doit également être retranché, dans la mesure où une durée de 2h45 a déjà été comptabilisée pour la rédaction de la réplique, ce qui est largement suffisant compte tenu de la complexité relative du litige.

Partant, le temps admis s'élève à 11 heures et 50 minutes pour les opérations réalisées par Me Métille et à 45 minutes pour celles réalisées par l'avocat-stagiaire, ce qui est conséquent dans la mesure où l'avocat d'office s'est limité au dépôt d'une réplique. Ces opérations seront indemnisées à hauteur de 2'130 fr. et 82 fr. 50 ([11h50 x 180] + [45 min. x 110]). Il convient encore d'appliquer le forfait de 5 % du défraiement hors taxe, soit 110 fr. 60 ([11h50 x 180] + [45 min. x 110] x 5%) (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). A cela s'ajoute la TVA par 178 fr. 55 ([27 fr. 50 x 7.7%] + [55 fr. x 8,1%] + [135 fr. x 7,7%] + [1'995 fr. x. 8,1%]). En définitive, l'indemnité de Me Métille est arrêtée à 2'501 fr. 65 (2'130 fr. + 82 fr. 50 + 110 fr. 60 + 178 fr. 55), débours et TVA compris.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement assumée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ).

Par ces motifs,

**la juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 avril 2023 par S._____SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV.** L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'501 fr. 65 (deux mille cinq cent un francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA compris.
- V.** La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me David Métille (pour la recourante),
- S._____SAA,
- 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 :