

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 novembre 2023

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente

Mmes Röthenbacher et Durussel, juges

Greffier : M. Favez

Cause pendante entre :

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

et

U. _____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 4 et 43 LPGA ; art. 31 LAMal

E n f a i t :

A. X. _____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 19[...], est assurée auprès d'U. _____ SA (ci-après : U. _____ SA ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie.

Le 2 février 2014 l'assurée a mordu un bout d'os.

Le 5 février 2014, indiquant avoir été informée d'un accident, U. _____ SA a demandé à l'assurée de remplir une déclaration d'accident.

Le 17 mars 2014, le Dr Y. _____, médecin-dentiste, a fait parvenir à U. _____ SA le formulaire intitulé « *Questionnaire concernant les lésions dentaires* », indiquant que sa patiente avait mordu un bout d'os dans un plat cuisiné à la viande, ce qui avait provoqué des saignements et de fortes douleurs au niveau de la dent 36 et décollé un fil de contention. Il a précisé qu'au moment de l'accident un traitement était déjà en cours sur les dents 35, 36, 45 et 46. L'accident avait entraîné des dommages sur les dents 21, 22, 23, 35 et 36, toutes déjà réparées. Le fil de contention orthodontique des dents 13 à 23 était décollé au niveau des dents 21 à 23. En outre, la racine de la dent 36 était fracturée. S'agissant de l'état de la mâchoire, le Dr Y. _____ a précisé que les dents 14, 18, 24, 28, 34, 38, 44, 35, 48 étaient manquantes sans avoir été traitées, que les dents 21, 35, 36, 45 et 46 étaient défectueuses et non traitées, que les dents 13, 15, 16, 17, 22, 23, 25, 26, 27, 33, 35, 36, 37, 45, 46 et 47 avaient été réparées et que la dent 45 était atteinte de parodontose. En annexe au formulaire susmentionné, le Dr Y. _____ a remis le procès-verbal d'audition-plainte de la police de [...] du [...] et établi un devis de 1'570 fr. 50 pour réaliser un traitement radiculaire de la dent 36 fracturée, procéder à l'ablation des fils de contention de 21 à 23 et 11 à 13 et poser un nouveau fil de contention orthodontique de 13 à 23.

Le 19 mars 2014, l'assurée a été victime d'une agression ayant entraîné des douleurs à la tête, à la nuque et diverses contusions (cf. procès-verbal d'audition-plainte de la police de [...] du [...]; ordonnance pénale du Ministère public de l'arrondissement de [...] du [...]); elle a consulté la Dre V._____, spécialiste en médecine interne générale, laquelle a prodigué les premiers soins le 20 mars 2014.

Le 22 mars 2014, U.____ SA a rappelé à l'assurée de remplir la déclaration d'accident afin de pouvoir se déterminer sur la prise en charge des prestations d'assurance.

Le 2 avril 2014, U.____ SA a fait savoir au Dr Y.____ qu'elle était en attente de renseignements afin de pouvoir se déterminer sur la prise en charge de son devis.

Le 21 avril 2014 et le 14 avril 2015, U.____ SA a rappelé à l'assurée de remplir la déclaration d'accident.

Par courrier du 16 juin 2015, l'assurée a transmis à U.____ SA les « *informations nécessaires à l'accident de 2014* », à savoir l'ordonnance pénale du Ministère public de l'arrondissement de [...] du 12 février 2015

Le 23 juin 2015 et le 6 août 2015, U.____ SA a rappelé à l'assurée de remplir la déclaration d'accident.

Le 30 juin 2016, le Dr Z.____, médecin-dentiste, a fait parvenir à U.____ SA le formulaire intitulé « Questionnaire concernant les lésions dentaires » indiquant que sa patiente avait été victime d'un violent coup sur le visage le 19 mars 2014, lequel a entraîné une luxation de la dent 11 et la pose d'une attelle en composite. S'agissant de l'état de la mâchoire, le Dr Z.____ a précisé que les dents 14, 18, 24, 28, 34, 38, 44 45 48 étaient manquantes sans avoir été remplacées, que les dents 35 et 46 étaient défectueuses et non traitées, et que les dents 13, 15, 16, 17, 22, 23, 25, 26, 27, 33, 35, 36, 37, 46 et 47 avaient été réparées. En

annexe au formulaire susmentionné, le Dr Z._____ a établi un devis de 4'039 fr. 70 pour extraire la dent 11 et confectionner une prothèse supérieure provisoire en résine (cf. aussi devis établi le 12 juillet 2016 par le Laboratoire O._____ pour un montant de 1'786 fr.).

Le 22 juillet 2016, U._____ SA a demandé par erreur au Dr Y._____ les radiographies de la dent 11 de l'assurée ainsi qu'une copie du formulaire de lésion dentaire établi en 2014 à l'attention de son médecin-dentiste conseil.

Le 15 août 2016, le Dr Y._____ a indiqué à U._____ SA qu'il ne disposait pas de radiographies de la dent 11, précisant qu'il lui avait déjà transmis toutes les radiographies en sa possession le 21 mars 2014 et renvoyant le formulaire demandé.

Dans un avis du 25 août 2016, le Dr S._____, médecin-dentiste et médecin-dentiste conseil d'U._____ SA, a demandé une radiographie des dents 12 et 21 avant d'envisager un traitement définitif.

Le 25 août 2016, U._____ SA a fait savoir au Dr Z._____ qu'elle prenait en charge le traitement provisoire au titre de l'assurance obligatoire des soins, compte tenu du tarif en vigueur, des participations légales, ainsi que de la période d'affiliation auprès de la caisse maladie. Elle a demandé une radiographie des dents 12 et 21.

Le 24 août 2017, le Dr W._____, médecin-dentiste, a fait parvenir à U._____ SA le formulaire intitulé « *Questionnaire concernant les lésions dentaires* » proposant l'extraction de la dent 21 et la confection d'un pont de 12 à 22, en lien avec l'évènement du 19 mars 2014. Il a joint à ce formulaire son devis pour un montant de 4'441 fr. 40 et le devis établi le 4 août 2017 par le Laboratoire N._____ pour un montant de 2'076 fr. 10.

Le 6 septembre 2017, U._____ SA a fait savoir au Dr W._____ que le dossier était en cours d'examen auprès de son médecin-dentiste conseil.

Le 20 septembre 2017, le Dr R._____, médecin-dentiste conseil d'U._____ SA a estimé que le traitement proposé par le Dr W._____ ne devait pas être pris en charge au vu du nombre de dents manquantes à la mandibule et de l'occlusion trop importante sur les dents antérieures qu'entraînera le traitement en question. Il a proposé la confection d'une prothèse supérieure à châssis coulé (stellite).

Le 22 septembre 2017, U._____ SA a communiqué au Dr W._____ la prise de position de son médecin-dentiste conseil et a demandé un nouveau devis.

Le 28 avril 2018, le Dr T._____, médecin-dentiste, a fait savoir à U._____ SA qu'il convenait que le soutien dentaire postérieur n'était pas adapté pour supporter un pont dento-porté antérieur et a proposé de réaliser une structure implanto-portée dans le secteur de l'ex dent 11. Il a transmis à U._____ SA un devis de 4'392 fr. 35 pour la mise en place d'un implant en remplacement de la dent 11 manquante avec une augmentation du volume osseux.

Le 7 mai 2018, U._____ SA a demandé au Dr T._____ de lui faire parvenir les radiographies en sa possession afin de pouvoir se déterminer sur la prise en charge des prestations d'assurance.

Dans un avis du 21 juin 2018, le Dr S._____ a estimé qu'au vu de la résorption osseuse verticale, le traitement proposé par le Dr T._____ était inapproprié et qu'il convenait de prendre en charge une prothèse à châssis coulé.

Le 22 juin 2018, U._____ SA a refusé la prise en charge du devis de 4'392 fr. 35 du Dr T._____, lui a communiqué la prise de

position de son médecin-dentiste conseil et lui a demandé un nouveau devis.

Le 18 juillet 2018, le Dr T. _____ a contesté la prise de position d'U. _____ SA en ces termes :

« La greffe osseuse suivie d'un implant dentaire reste néanmoins le seul moyen d'obtenir une réhabilitation fixée et limitée sur la zone de la dent accidentée, la taille d'un stellite implique des retouches sur plusieurs dents que la patiente refuse catégoriquement et nous la comprenons.

Nous souhaitons rappeler que la résorption osseuse observée est uniquement due au traumatisme causé par l'accident donc la causalité de cette résorption est à prendre en considération même si cela selon nous devrait impliquer une greffe autologue.

Nous pensons que l'âge relativement jeune de la patiente et l'historique dentaire sans problèmes parodontaux nous oriente vers une réhabilitation implantaire précédée où combinée à une greffe. De ce fait, nous vous suggérons de réviser votre décision et accorder le traitement devisé. La patiente est consciente du compromis esthétique qui pourra avoir lieu.

Toutefois la dent 21 était selon la patiente traumatisée également lors de l'accident tout comme la dent 45 et 35. »

Le 7 août 2018, U. _____ SA a confirmé sa position, indiquant après avoir consulté le Dr S. _____ que la pose d'un implant était contre-indiquée compte tenu de la situation osseuse. Elle a précisé que, compte tenu du défaut osseux vertical sévère au niveau de la dent 11, même la greffe proposée ne permettrait pas un résultat fonctionnel et esthétique satisfaisant. U. _____ SA a néanmoins confirmé la prise en charge d'un stellite.

Le 2 octobre 2018, le Dr T. _____ a transmis un devis de 657 fr. pour la confection d'une prothèse provisoire en résine et pour la fixation des dents 21 à 23 par une attelle.

Le 30 octobre 2018, U. _____ SA a confirmé la prise charge du traitement proposé par le Dr T. _____ pour un montant réduit de 620 fr. 45, s'expliquant par le fait que l'empreinte à réaliser (4090L) était comprise dans la prothèse provisoire (4610L).

Le 11 janvier 2019, l'assurée a transmis une estimation d'honoraires de 14'108 fr. 25 du Dr T._____ pour réaliser des implants en lien avec les suites de l'évènement du 19 mars 2014.

Par décision du 13 juin 2019, U._____ SA a refusé de prendre en charges les honoraires du Dr W._____ de 14'108 fr. 25 pour réaliser des implants (devis du 11 janvier 2019) et de 4'392 fr. 35 pour une couronne sur implant pour la dent 11 (devis du 28 avril 2018), précisant qu'il avait d'ores et déjà pris en charge un montant de 620 fr. 45 pour la confection d'une prothèse provisoire en résine et pour la fixation des dents 21 à 23 par une attelle (cf. devis du 2 octobre 2018). U._____ SA a indiqué que selon le formulaire de lésions dentaires du 14 mars 2014 du Dr Y._____, l'évènement du 2 février 2014 concernait les dents 21, 22, 23, 35 et 36. Elle a rappelé que l'évènement du 19 mars 2014 concernait quant à lui les dents 11 et 21 et qu'une couronne sur implant n'était pas indiquée. La caisse était d'avis que le risque de complication sur la dent 21 et l'implant 11 en lui-même était élevé, ce qui l'avait conduite à n'accepter qu'une prothèse à châssis coulé (devis de 620 fr. 45 du 2 octobre 2018) S'agissant du devis de 14'108 fr. 25 du 11 janvier 2019 du Dr T._____, celui-ci portait sur les dents 11, 35, 44 et 45 (implants). Or, selon le formulaire de lésions dentaires établi par le Dr Y._____ le 17 mars 2014, des traitements dentaires étaient prévus sur les dents 35, 36, 45 et 46 avant l'accident, si bien que la proposition de traitements sur les dents 35, 44 et 45 n'était pas en lien avec le sinistre.

Le 11 juillet 2019, l'assurée, désormais représentée par Me Flore Primault, avocate, a formé opposition à l'encontre de la décision du 13 juin 2019.

Dans un rapport du 23 septembre 2020, le Dr T._____ a attesté ce qui suit :

« X._____ est suivie au sein de notre cabinet depuis plusieurs années ; suite à une agression du visage impliquant la denture le 19 mars 2014. X._____ a eu depuis son agression de très nombreuses consultations, mais la prise en charge de X._____ était complexe et surtout retardée suite aux procédures judiciaires

en cours et aux décisions asséurologiques lentes et peu satisfaisantes. Aujourd'hui X._____ nécessite une réhabilitation correcte de sa denture, elle a perdu ses dents antérieures supérieures suite à l'agression avec des phases de douleurs et de mobilité compromettant sérieusement la fonction buccodentaire de la patiente et augmentant par conséquent son mal être.

Madame est porteuse aujourd'hui d'une prothèse dentaire provisoire qui se fracture souvent, les dents inférieures ont également souffert et plusieurs interventions de consolidations ont été réalisées. »

Dans un rapport du 12 mai 2021, le Dr T._____ a fait savoir ce qui suit :

« L'agression de la face a certainement impliqué plusieurs dents de la patiente. Initialement la dent 11 qui a été extraite et remplacée par une prothèse provisoire, un plan de traitement a été ultérieurement proposé à l'assurance par un confrère le Dr W._____ pour réaliser un pont remplaçant les 4 dents accidentées, plan refusé par l'assurance. Le Dr Z._____ notre prédécesseur suivait la patiente. Nous avons repris l'activité du Dr Z._____ le 01.01.2017 depuis cette date X._____ a été suivie de manière très répétitive, nous avons rapidement une perte osseuse conséquente due à l'accident, l'assurance a refusé d'entrer en matière pour une greffe osseuse. Ultérieurement on a dû avulser la dent 21 dû à la péjoration de sa situation, actuellement la dent 12 est également compromise.

Madame est porteuse aujourd'hui d'une prothèse dentaire provisoire peu stable et qui se fracture souvent, les dents voisines se sont détériorées et les dents inférieures ont également souffert et plusieurs interventions de consolidations coûteuses ont été réalisées (...) »

Le 26 juillet 2021, U._____ SA a reçu les devis suivants du Dr T._____, tous établi le 20 juillet 2021 :

- Un devis de 1'692 fr. 05 pour la réalisation d'une prothèse en résine.
- Un devis de 21'375 fr. 25 pour la réalisation d'implants.
- Un devis de 8'869 fr. 40 pour la réalisation d'une couronne sur implants.

Par courrier du 25 août 2021, U._____ SA a refusé la prise en charge des devis précités du fait que les dents 35, 36, 44, 45 et 46 étaient déjà mentionnées défectueuses ou manquantes dans les formulaires de lésions dentaires datant de 2014 et 2016, précisant que, pour le

remplacement des dents 11 et 21, elle prendrait en charge une prothèse définitive (stellite à châssis coulé).

Le 23 février 2022, le Dr T. _____ a établi un nouveau devis de 2'507 fr. 45 pour une prothèse en résine provisoire et pour un châssis coulé, lesquels ont été pris en charge par U. _____ SA selon courrier du 24 mars 2022 selon le devis présenté.

U. _____ SA a soumis le dossier de l'assurée à son médecin-dentiste conseil. Dans un avis du 11 avril 2022, le Dr S. _____ a posé les diagnostics suivants et apprécié le cas en ces termes :

« Diagnostics :

- Subluxation des dents 11 et 21 (cf. Formulaire de lésions dentaires selon la LAMal du 24.08.2017 du Dr. W. _____ - Evènement du 19.03.2014)
- Luxation de la dent 11 (cf. Formulaire de lésions dentaires selon la LAMal du 30.06.2016 du Dr. Z. _____ - Evènement du 19.03.2014)
- Luxation des dents 21, 22, 23, 35 et 36 (cf. Formulaire de lésions dentaires selon la LAMal du 14.03.2014 du Dr. Y. _____ - Evènement du 02.02.2014)
- Fracture de racine de la dent 36 (?)

(...)

Constatations / remarques particulières :

Selon le formulaire de lésions dentaires selon la LAMal du 14.03.2014 du Dr. Y. _____ - Evènement du 02.02.2014, X. _____ présente une luxation des dents 21, 22, 23, 35 et 36. Selon les formulaires de lésions dentaires selon la LAMal des Drs W. _____ et Z. _____ - Evènement du 19.03.2019, la patiente présente une subluxation | luxation des dents 11 et 21.

Les traitements proposés par le Dr. T. _____ sur les dents 44 et 45 (2 couronnes sur implants) ne sont donc pas justifiés, les dents 44 et 45 n'ayant jamais été signalées comme traumatisées par aucun médecin-dentiste.

Par ailleurs, selon le formulaire de lésions dentaires selon la LAMal du 14.03.2014 du Dr. Y. _____ - Evènement du 02.02.2014, des traitements dentaires étaient prévus sur les dents 35, 36, 45 et 46 avant l'accident. Par conséquent, l'accident du 02.02.2014 n'explique pas à lui seul les dégâts constatés sur cette dent 35.

Les traitements proposés par le Dr. T. _____ sur la dent 35 (1 couronne sur implant) ne sont donc pas justifiés, la dent 35 nécessitait des traitements avant l'accident du 02.02.2014.

La proposition de traitements sur les dents 35, 44, 45 du Dr. T._____ n'est donc pas en lien avec les accidents de 2014.

Au sujet de la dent 11: cette dent a dû être extraite et momentanément remplacée par une prothèse amovible partielle provisoire.

Sur les radiographies apicales à disposition, je constate une importante résorption de l'os supportant les dents 12, 11, 21 avec une perte verticale conséquente allant pratiquement jusqu'à l'apex de la dent 21 dont le pronostic demeure réservé. Il n'est dans ces circonstances pas indiqué de poser un implant en position 11 (risque élevé de complication sur la 21 et l'implant 11 en lui-même, représente un risque esthétique majeure en cas de pose implantaire en 11 très "apicale", même combinée à une greffe à l'aide de matériau de comblement).

C'est pour cette raison que le traitement approprié, efficace et économique correspond à la confection d'une prothèse amovible partielle définitive. Ce traitement est indiqué pour cette patiente, car il permet de compenser la perte de substance osseuse survenue suite à l'extraction de la dent 11 et est d'un point de vue esthétique tout à fait satisfaisant. Une prothèse amovible, à l'instar d'une prothèse fixée permet de compenser la perte fonctionnelle et esthétique d'une dent.

Selon ce qui précède, la dernière proposition de traitement du Dr. T._____ (2022) — cf. Estimation d'honoraires de 2'507.45 CHF de T._____ (Médecin-dentiste) du 23.02.2022 correspond à un traitement approprié, efficace et économique.

Selon les bulletins de livraison du Laboratoire M._____ des 31.10.2018, 17.09.2019 et 31.08.2020, il apparaît que deux prothèses amovibles supérieures provisoires ont été fabriquées et qu'une réparation a été effectuée sur l'une d'entre elles. Sur l'ensemble de ces travaux de laboratoire, seule une prothèse provisoire est justifiée.

Conclusion :

Les traitements proposés par T._____ sur les dents 35, 44 et 45 ne sont pas en lien avec l'accident et ne doivent pas faire l'objet d'un remboursement par l'Assureur.

Pour les raisons évoquées ci-dessus, le remplacement de la dent 11 (et de la dent 21, également accidentée et dont le pronostic est incertain, au vu de la radiographie apicale à disposition) par une couronne sur implant n'est dans le cas pas indiqué. La confection d'une prothèse amovible partielle provisoire puis définitive est sans doute le traitement efficace, adéquat et économique. »

Par décision sur opposition du 24 mai 2022, U._____ SA a rejeté l'opposition de l'assurée, se référant à la prise de position de son médecin-dentiste conseil, le Dr S._____, du 11 avril 2022.

B. Par acte du 23 juin 2022, X._____, représentée par Me Flore Primault, a interjeté recours contre la décision précitée auprès de la Cour

des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a conclu à la réforme de la décision attaquée en ce sens de la reconnaissance du droit aux prestations LAMal suite à l'agression du 19 mars 2014, notamment en raison des lésions dentaires subies ; subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause auprès d'U._____ SA pour nouvelle décision dans le sens des considérants. En substance, X._____ soutient que les parties divergent quant au lien de causalité entre l'agression du 19 mars 2014 et les dents touchées, si bien qu'elle requiert la mise en œuvre d'une expertise orthodontique et que d'autres dents, auparavant pas touchées, ont subi des dommages ultérieurs, imputables à l'accident selon elle.

Dans sa réponse du 22 août 2022, U._____ SA a conclu au rejet du recours, se référant à la décision attaquée et à la prise de position de son médecin-dentiste conseil du 11 avril 2022.

Le 29 décembre 2022, X._____ a confirmé ses conclusions.

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 [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]) et d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 ; RS 832.10]). 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 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.

2. Le litige a pour objet la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins des lésions dentaires subies par la partie recourante à la suite des événements des 2 février 2014 et 19 mars 2014.

3. a) L'assurance obligatoire de soins 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). Elle couvre notamment les coûts de traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident (art. 31 al. 2 LAMal). L'art. 32 LAMal stipule que les prestations mentionnées aux articles 25 à 31 doivent être efficaces, appropriées et économiques.

Selon l'art. 28 LAMal, en cas d'accident au sens de l'art. 1a al. 2 let. b LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie. Ces prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques, l'efficacité devant être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal).

Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 159 consid. 5c/aa). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2 ; ATF 125 V 95 consid. 4a). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 138 consid. 5).

b) 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.

4. a) En ce qui concerne le lien de causalité entre les lésions et un accident, il y a lieu de se référer à la jurisprudence rendue dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20).

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. 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 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, 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 citées). 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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. 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 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

Enfin, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance 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 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 (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

c) 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 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales du dossier, 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 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) Le juge des assurances sociales 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. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

6. En l'espèce, il n'est pas contesté que les évènements constituent des accidents au sens de l'art. 4 LPGA. Il convient dès lors d'examiner s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre ces évènements et les lésions aux dents 11, 21, 22, 23, 35, 36, 44, 45 et 46.

a) La recourante soutient que son médecin-dentiste et l'intimée ne parviennent pas aux mêmes conclusions s'agissant de l'impact et du lien de causalité entre les accidents et les dents touchées ainsi que le traitement le plus efficace pour atteindre le résultat thérapeutique visé, si bien qu'il se justifie de mettre en œuvre une expertise orthodontique sur ce point. Elle relève que les devis suivants ont été refusés :

- 1'570 fr. 50 du 17 mars 2014 du Dr Y. _____ ;
- 4'039 fr. 70 du 30 juin 2016 du Dr Z. _____ ;
- 4'441 fr. 10 du 24 août 2017 du Dr W. _____ ;
- 4'392 fr.35 du 28 avril 2018 du Dr T. _____ ;
- 14'108 fr. 25 du 11 janvier 2019 du Dr T. _____ ;
- 1'692 fr. 05 du 20 juillet 2021 du Dr T. _____ ;
- 21'375 fr. 25 du 20 juillet 2021 du Dr T. _____ ;
- 8'869 fr. 40 du 20 juillet 2021 du Dr T. _____.

La recourante se prévaut des rapports des 23 septembre 2020 et 12 mai 2021 du Dr T. _____ pour mettre en évidence des dommages ultérieurs imputables à l'accident sur d'autres dents qui n'étaient auparavant pas touchées. En particulier, elle relève que, porteuse d'une prothèse dentaire provisoire peu stable qui se fracturait souvent, elle avait vu ses dents voisines et inférieures se détériorer, nécessitant plusieurs interventions de consolidations. Dès lors que le lien de causalité est contesté, il y aurait lieu de mettre en œuvre une expertise orthodontique. Elle relève aussi, s'agissant du devis présenté le 30 juin 2016 par le Dr Z. _____, pour un montant de 4'039 fr. 70, afin d'extraire la dent 11 et de confectionner une prothèse supérieure provisoire en résine, que l'intimée l'aurait expressément admis, si bien qu'elle ne comprend pas la raison pour laquelle ledit devis n'était finalement plus accepté.

b) Pour sa part, l'intimée n'admet un lien de causalité avec l'accident du 19 mars 2014 que pour les dents 11 et 21 subluxées sur la base de l'annonce du 24 août 2017 du Dr W._____. Elle réfute également tout lien de causalité entre l'accident du 19 mars 2014 et les atteintes aux dents 44 et 45 pour lesquelles le Dr Y._____ avait fait savoir, dans un formulaire du 14 mars 2014, qu'elles étaient manquantes et non remplacée (dent 44) et défectueuse (dent 45), ce qui ne permettait pas de prendre en charge les deux couronnes sur implants proposées par le Dr T._____. Elle est aussi d'avis que le lien de causalité adéquate entre les atteintes causées aux dents 35, 36 et 46 et le dommage subi devait être nié compte tenu de l'état antérieur des dents lésées sur la base de l'annonce du 14 mars 2014 du Dr Y._____. Elle se fonde pour l'essentiel sur l'avis de son médecin-dentiste conseil du 11 avril 2022.

7. En l'occurrence, la recourante ne prend des conclusions que pour l'accident du 19 mars 2014. Pourtant, certains montants allégués par la recourante, nonobstant ses conclusions, concernent le premier accident (devis de 1'570 fr. 50 du 17 mars 2014 du Dr Y._____). En l'état du dossier, les écritures de l'intimée, tout comme les rapports de son médecin-dentiste conseil et le suivi des devis sont peu compréhensibles, si bien qu'il n'est pas possible de se prononcer en pleine connaissance de cause.

a) Ainsi, il n'apparaît pas que l'intimée s'est prononcée sur le devis du 17 mars 2014 du Dr Y._____ et l'on ignore si ce dentiste, consulté en premier lieu, a effectué les soins en question, et le cas échéant si ces soins ont été prodigués, voire s'ils ont encore du sens compte tenu de l'évolution postérieure. En effet, dans son avis du 11 avril 2022, le médecin-dentiste conseil de l'intimé ne pose pas de diagnostic post intervention orthodontique comme on aurait pu l'attendre si l'assurée avait été traité par le Dr Y._____.

b) On pourrait admettre que l'accident du 2 février 2014 concernait les dents 21,22, 23, 35 et 36 sur la base de l'annonce du

Dr Y._____ du 17 mars 2014. Quant à l'accident du 19 mars 2014, on pourrait également retenir qu'il en a directement résulté une luxation des dents 11 et 21 (annonces du 30 juin 2016 du Dr Z._____ et du 24 août 2017 du Dr W._____). Conséquemment, on pourrait exclure le traitement des dents 44 (couronnes sur implants) et 45, lesquelles n'avaient pas subi d'accident, signalées comme manquantes (44) et en traitement avant l'accident (45) par le Dr Y._____ dans son annonce du 17 mars 2014. Les dents 35, 36 et 46 avaient quant à elles été luxées lors de l'accident du 2 février 2014 selon la même annonce. Cependant, cette appréciation doit être relativisée dans la mesure où le Dr T._____ mentionne, dans son rapport du 12 mai 2021, que « *les dents voisines se sont détériorées et les dents inférieures ont également souffert* », constat quelque peu imprécis sur lequel le Dr S._____ n'a toutefois pas demandé de renseignements complémentaires ni fourni la moindre explication (cf. avis du 11 avril 2022).

Sur le plan des soins, il est constant que l'assurée a bénéficié d'une prothèse amovible partielle provisoire provoquant une importante résorption de l'os supportant les dents 12, 11 et 21. A cet égard, le médecin-dentiste conseil de l'intimée, le Dr S._____, conseille la prise en charge d'une confection d'une prothèse amovible partielle provisoire puis définitive. Il semblerait que c'est finalement la voie choisie par le Dr T._____ (cf. rapport des 23 septembre 2020 et 12 mai 2021), ce qui doit toutefois être relativisé par le fait que celui-ci préconisait une réhabilitation implantaire précédée ou combinée à une greffe à titre de seul traitement efficace.

On ignore cependant les raisons pour lesquelles les frais de laboratoires de 2018, 2019 et 2020 ne sont pas pris en charge. Dans son avis du 11 avril 2022, le médecin-dentiste conseil ne le motive pas, indiquant seulement que cela n'est pas justifié, ce qui est insuffisant. Cette position n'est pas compréhensible dans un contexte où le Dr T._____ a mentionné, dans ses rapports des 23 septembre 2020 et 12 mai 2021, l'existence d'une prothèse dentaire provisoire peu stable qui se fracturait souvent et dont la réparation semble avoir été nécessaire en

raison de l'écoulement du temps et du refus de l'assureur d'entrer en matière pour une greffe osseuse. On relève encore que le Dr T. _____ souligne, dans son rapport du 12 mai 2021, que les dents voisines s'étaient détériorées, ce qui pourrait être une suite de l'accident et de l'absence de traitements définitifs. Il précise par ailleurs que les dents inférieures auraient également souffert (plusieurs interventions de consolidation ont été réalisées), sans toutefois préciser les dents concernées. On ignore également quel devis serait, par hypothèse, devenu sans objet compte tenu de la réalisation de tels ou tels soins dentaires *a posteriori*. Partant, une expertise de médecine dentaire et d'orthodontie est nécessaire pour établir les conséquences des deux accidents et définir les traitements appropriés, efficaces et économiques qui doivent être pris en charge par l'intimée. Avant cela, il appartiendra aux parties de clarifier la question des déclarations d'accidents et d'éclaircir l'éventuel besoin de renseignements complémentaires concernant les accidents des 2 février 2014 et 19 mars 2014.

7. En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que l'instruction menée par l'intimée est lacunaire et ne permet pas de se prononcer en connaissance de cause. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité pour compléter son dossier et mettre en œuvre une expertise de médecine dentaire et d'orthodontie conformément à la procédure prévue par l'art. 44 LPGA, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

8. a) Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.

b) Le litige a pour objet des prestations pour lesquelles la loi spéciale ne prévoit pas la perception de frais judiciaires (art. 61 let. ^{f^{bis}} LPGA).

c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition rendue le 24 mai 2022 par U._____ SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** U._____ SA versera à X._____ une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Flore Primault (pour la recourante),
- U. _____ SA (intimée),
- 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).

Le greffier :