

GE_GERICHTE ATAS/380/2020 vom 12. Mai 2020

GE Cour de justice, 2020-05-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_380_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/380/2020 du 12 mai 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/380/2020 del 12 maggio 2020

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

Le 1er janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.

E. 4

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 5

Le litige porte sur le lien de causalité entre l'oblitération pulpaire des dents 11 et 41 et l'événement accidentel du 1er mars 2015.

E. 6

a. La recourante se plaint en premier lieu d'une violation de son droit d'être entendue et du principe contradictoire. En effet, l'intimée avait décidé de confier un mandat d'expertise au Dr E_____ sans l'en aviser et sans lui donner la possibilité de formuler des contre-propositions, qu'il s'agisse de la personne de l'expert – qui ne serait pas un spécialiste des traumatismes dentaires – ou des questions posées à ce dernier. b. Le droit d'être entendu garanti par l'art. 29 al. 2 Cst. comprend le droit pour les parties de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à leur détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'obtenir qu'il soit donné suite aux offres de preuves pertinentes, celui d'avoir accès au dossier et celui de participer à

l'administration des preuves, d'en prendre

A/1294/2019 - 12/20 - connaissance et de se déterminer à leur propos. En tant que droit de participation, le droit d'être entendu englobe tous les droits qui doivent être attribués aux parties pour qu'elles puissent faire valoir efficacement leur point de vue dans une procédure (cf. par ex. ATF 141 V 557 consid. 3.1 ; 132 II 485 consid. 3.2 ; 129 II 497 consid. 2.2 et les références). Les parties n'ont toutefois pas droit à l'administration d'une preuve dépourvue de pertinence lorsqu'elle porte sur une circonstance sans rapport avec le litige ou qu'une appréciation anticipée des preuves déjà recueillies démontre qu'elle ne serait pas de nature à emporter la conviction de la juridiction saisie (cf. ATF 140 I 285 consid. 6.3.1). Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 132 consid. 2b et les références). L'art. 44 LPGA prévoit que si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. En matière de récusation, il convient toutefois de distinguer les motifs formels et les motifs matériels. Les motifs de récusation qui sont énoncés dans la loi (cf. art. 10 PA et 36 al. 1er LPGA) sont de nature formelle parce qu'ils sont propres à éveiller la méfiance à l'égard de l'impartialité de l'expert. Les motifs de nature matérielle, qui peuvent également être dirigés contre l'expertise elle-même (par exemple parce qu'il s'agit d'une « second opinion ») ou le type et l'étendue de l'expertise (par exemple concernant le choix des disciplines) ou encore contre la personne de l'expert (par exemple ses compétences professionnelles). De tels motifs doivent en principe être examinés avec la décision sur le fond dans le cadre de l'appréciation des preuves (ATF 132 V 93 consid. 6.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_146/2016 du 9 août 2016 consid. 2.2). Il en va ainsi, par exemple, d'une prétendue incompétence de l'expert à raison de la matière, laquelle ne saurait constituer comme telle un motif de défiance quant à son impartialité. Bien au contraire, ce grief devra être examiné dans le cadre de l'appréciation des preuves (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 14/04 du 14 mars 2006 consid. 2.2). c. En l'espèce, la question d'une éventuelle violation du droit d'être entendu souffre de rester indécise dans la mesure où celle-ci a été réparée. En effet, il était tout à fait loisible à la recourante une fois en possession du rapport d'expertise – qui lui a été notifié en même temps que la décision du 14 mars 2017 – de préparer, cas échéant, des questions complémentaires et de demander à ce que celles-ci soient soumises au Dr E_____ avant que la décision sur opposition du 25 février 2019 ne

A/1294/2019 - 13/20 - soit rendue. On relèvera par ailleurs que dans la mesure où elles portent sur le « caractère mal fondé et arbitraire » de l'expertise et le fait que son auteur ne serait pas un spécialiste en traumatologie dentaire, les critiques émises par la recourante sont d'ordre matériel, de sorte qu'elles n'ont pas de portée propre par rapport au grief tiré d'une mauvaise appréciation des preuves par l'intimée. En conséquence, elles seront examinées sous cet angle avec le fond du litige (ci-après : consid. 12).

E. 7

Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; ATF 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). 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 condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). Le 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 ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). 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.

A/1294/2019 - 14/20 -

E. 8

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 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

E. 9

a. La plupart des éventualités assurées (par exemple : la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b). c. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine

A/1294/2019 - 15/20 - connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi dépourvue de valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). Il en va de même si les rapports sur lesquels ladite expertise se fonde, permettent de retracer de manière exhaustive l'anamnèse, l'évolution du cas et le status actuel et que ces points sont incontestés. L'expert appelé à se déterminer sur la base du seul dossier doit être en mesure de se faire une représentation globale non lacunaire au moyen des pièces disponibles. En revanche, le fait que les conclusions d'un tel expert et celles d'autres médecins, dans les rapports médicaux examinés par celui-ci, divergent ne constitue pas en soi un indice en défaveur de la fiabilité des conclusions du premier. Une telle divergence conduit uniquement à se demander s'il est possible de trancher le litige en l'état ou s'il y a lieu d'ordonner des mesures d'instruction complémentaires (RAMA 1988 n° U 56 p. 366 consid. 5b et les références). La nécessité d'un examen personnel de l'assuré par l'expert ne passe au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. Dans ces circonstances, une expertise médicale établie uniquement sur la base d'un dossier peut effectivement se voir reconnaître pleine valeur probante (arrêt du

Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il

A/1294/2019 - 16/20 - convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

E. 10

La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

E. 11

a. 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 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 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 319 consid. 5a). b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée

A/1294/2019 - 17/20 - des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 12

Faisant siennes les conclusions de l'expertise du Dr E_____, l'intimée fait valoir qu'au regard de la durée relativement longue du processus de sclérose pulpaire (qui s'étend généralement sur plusieurs années, sous réserve toutefois de la possibilité d'une accélération dudit processus en raison d'un choc violent), de la probabilité relativement faible qu'un traumatisme dentaire, atteignant même une certaine intensité (subluxation), soit la cause d'une oblitération pulpaire (moins de 25 % des cas), il est d'autant moins probable que l'oblitération pulpaire observée sur la dent 11 cinq mois après l'accident du 1er mars 2015, respectivement onze mois après sur la dent 41, soit la conséquence de cet événement dès lors que l'absence de consultation et de radiographie dentaire immédiate le jour où celui-ci s'est produit témoignerait de la faible gravité du choc. De même, la faible évolution de la sclérose de la dent 11 entre le 12 août 2015 et le 26 janvier 2016 serait le signe d'une évolution lente du processus, rendant très peu probable la disparition de la quasi-totalité de la pulpe de la dent 11 (> 90 %) dans un laps de temps compris entre le 1er mars 2015 et le 12 août 2015. Pour sa part, la recourante fait valoir que, selon le rapport d'expertise du Dr E_____, l'état des dents 11 et 41 serait dû à une cause antérieure à l'événement accidentel du 1er mars 2015, tels qu'un choc, une parafunction ou un traitement orthodontique. Or, la Dresse C_____ a éliminé les deux dernières hypothèses dans son rapport du 16 avril 2018, de sorte qu'il ne restait plus qu'à constater le lien de causalité manifeste entre les troubles subis et l'événement du 1er mars 2015. En effet, seul ce choc avait eu la direction, l'énergie et l'intensité suffisante pour déclencher une réaction accélérée des odontoblastes localisées (production de dentine par rapport aux dents adjacentes). En l'espèce, il est vrai que le Dr E_____ n'a pas examiné la recourante. Il a établi son expertise sur la base du dossier que l'intimée lui a transmis le 23 janvier 2017, lequel comportait les différents devis et rapports de la Dresse C_____ établis à la suite de plusieurs consultations, l'avis du 2 mai 2016 du Dr D_____ ainsi que la clé USB de la Dresse C_____ sur laquelle étaient enregistrées les radiographies réalisées à partir du 12 août 2015 (cf. dossier LAA, courrier du 23 janvier 2017 au Dr E_____). Sur la base de ces éléments, l'expert a été en mesure de retracer l'anamnèse (sous « Généralité et diagnostic

»), l'évolution du cas et le status actuel de dégénérescence pulpaire des dents 11 et 41, sans que ces points ne soient contestés. Dans la mesure où les principes et les connaissances sur lesquelles l'expert se fonde sont exposés de manière claire et les conclusions prises se révèlent convaincantes, il convient en principe de reconnaître une pleine valeur probante au A/1294/2019 - 18/20 - rapport d'expertise du 31 janvier 2017, ce à quoi les critiques de la recourante – selon lesquelles le Dr E_____ ne serait pas un spécialiste des traumatismes dentaires – ne changent rien. Il ressort en effet de la consultation du site internet de l'Association des médecins dentistes de Genève (ci-après : AMDG), sous « infos professionnelles » qu'au terme des cycles Bachelor et Master, le médecin-dentiste « est un omnipraticien, ainsi nommé parce qu'il est formé dans toutes les disciplines de base exigées dans sa formation » et exerce son art dans des « domaines aussi larges et variés », dont la traumatologie fait partie. Dans le même sens, l'examen de la liste des formations post-grade et autres spécialisations SSO existantes ne révèle pas que la traumatologie serait un domaine faisant l'objet d'une formation post-grade ou spécialisation correspondante (cf. [https://amdg.ch/infos-professionnelles/les-professions-du-cabinet-dentaire/le-medecin-dentiste-et-les-specialisations-sso/](https://amdg.ch/infos-professionnelles/les-professions-du-cabinet-dentaire/le-medecin-dentiste-et-les-specialisations-ss/)). La Dresse C_____ partage l'avis de l'expert s'agissant de la corrélation entre la vitesse d'oblitération pulpaire et l'intensité du choc. Elle évoque par ailleurs le même pourcentage de cas dans lesquels une telle oblitération se produit consécutivement à un choc (moins de 25 % des traumatismes consistant en une subluxation). Elle s'écarte en revanche du rapport d'expertise s'agissant de la cause de l'oblitération pulpaire qu'elle attribue à l'événement du 1er mars 2015 (les deux autres causes possibles de l'atteinte évoquées par l'expert – parafonction ou traitement orthodontique – ayant été écartées). La question se pose donc de savoir si le choc subi le 1er mars 2015 est d'intensité suffisante pour accélérer le processus de sclérose, ce que l'intimée conteste. Or, force est de constater que dans son premier rapport du 24 août 2015, repris en cela dans le complément du 16 mars 2016, la Dresse C_____ fait état d'une, respectivement deux dent(s) non pas « subluxées (devenues branlantes) » mais simplement « contusionnées (heurtées) », tout en précisant dans la note manuscrite, jointe au complément du 16 mars 2016, « qu'à part le changement de teinte marquée et l'absence de vitalité, il n'y a pas d'autre symptomatologie ». Ce n'est que le 26 janvier 2016 que la doctoresse évoque, pour la première fois, le diagnostic de subluxation. Or, le descriptif évoqué dans son rapport du 24 août 2015 ne correspond pas à ce diagnostic, à tout le moins selon la publication scientifique annexée au rapport du 26 janvier 2016, à laquelle la Dresse C_____ se réfère (The endodontic management of traumatized permanent anterior teeth : a review, publié in Australian Dental Journal Supplement 2007 ; 52 :1). La traduction libre de l'extrait surligné par la doctoresse révèle en effet que la subluxation est une « blessure caractérisée par un descellement anormal de la dent mais sans déplacement. Les dents sont sensibles à la percussion et il peut y avoir un saignement dans la fente gingivale » (p. S127). Sur la base de ces éléments, il y a lieu de retenir, selon la vraisemblance prépondérante, que le choc subi le 1er mars 2015 correspond davantage à ce que la doctoresse décrit comme une contusion dans son rapport du 24 août 2015, soit un type de traumatisme pour lequel est également employé le terme « concussion » (cf. https://www.sso.ch/fileadmin/upload_sso/2_Zahnaerzte/2_SDJ/SMfZ_2005/SMfZ_A/1294/2019 - 19/20 - 11_2005/f-smfz-11-aktuell2.pdf). En effet, la publication scientifique précitée, à laquelle la Dresse C_____ se réfère, définit le terme de «

concussion » comme un choc plus faible entraînant « une sensibilité marquée à la percussion » mais « aucun descellement ou déplacement anormal de la dent traumatisée ». Or, dans ce cas, « seul un faible pourcentage de ces dents subit une nécrose pulpaire (3 %) ou une calcification du canal pulpaire (2 à 7 %) » (cf. la publication scientifique précitée). Au vu de ces éléments, auxquels s'ajoute l'absence non seulement de toute mention de la dent 41 dans la déclaration d'accident du 8 octobre 2015, mais aussi de toute notion de descellement ou de saignement dans les observations cliniques de la Dresse C_____, relatives aux dents 11 et 41, le rapport du 16 avril 2018 de cette praticienne – singulièrement l'appréciation selon laquelle seul l'événement du 1er mars 2015 aurait eu « la direction, l'énergie et l'intensité suffisante pour déclencher une réaction accélérée des odontoblastes localisées » – n'emporte pas la conviction et ne permet de remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du Dr E_____, selon lesquelles « la probabilité que l'accident soit la cause initiale du problème est très faible ». Dans ces circonstances, la chambre de céans se dispensera d'examiner la valeur probante des avis du Dr D_____, dont les conclusions rejoignent celles de l'expert. On relèvera enfin qu'au vu de l'impossibilité constatée par la Dresse C_____, d'accéder aux archives de son prédécesseur, le Dr G_____, en particulier à d'hypothétiques radiographies et photos des dents 11 et 41 proches de la date de l'accident – lesquelles auraient permis, cas échéant, de se faire une représentation plus précise du facteur ayant déclenché (et à quel moment) la dégénérescence pulpaire qui touche les deux dents en question –, il apparaît que la cause a été instruite à satisfaction de droit et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation. Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'un lien de causalité entre ladite dégénérescence et l'événement du 1er mars 2015 n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Il s'ensuit que la recourante en supportera les conséquences (ci-dessus : consid. 9) et que la décision litigieuse ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'elle limite la prise en charge du cas aux seules mesures diagnostiques.

E. 13

Mal fondé, le recours doit être rejeté. Représentée par un conseil mais n'obtenant pas gain de cause, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). *****

A/1294/2019 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.