

GE_GERICHTE A/4012/2014 vom 21. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4012_2014

FR: GE_GERICHTE A/4012/2014 du 21 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/4012/2014 del 21 dicembre 2015

Erwägungen

E. 9

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à CHÂTELAINÉ, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques ROULET recourante contre ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA, sise Richtiplatz 1, WALLISELLEN intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1956, a été victime d'un accident, le 25 novembre 2011. Le 29 novembre 2011, son employeur a annoncé le cas à Allianz Suisse société d'assurances SA (ci-après : l'Allianz ou l'intimée), précisant que l'assurée traversait à pied un passage piéton, à la rue de la Servette, à Genève, lorsqu'un vélo l'avait renversée. Elle s'était blessée en tombant, notamment au visage (bouche, dents). [endif]>![if> 2. Le 23 décembre 2011, le docteur B_____, médecin-dentiste, a établi une estimation d'honoraires pour l'assurée (diagnostic, patient en urgence), comprenant, pour sa dent 11, le traitement suivant : "test de vitalité, anesthésie par infiltration, extirp. pulpe. 1 canal, sans endométri., obturation provisoire, mordançage email et sealer, préparation dentaire, composite à 1 face" et pour sa dent 12, une obturation provisoire. [endif]>![if> 3. Le 3 janvier 2012, le Dr B_____ a indiqué à Allianz que les dents 12 et 11 de l'assurée étaient luxées ou devenues branlantes en raison de l'accident et qu'elles étaient précédemment cariées ou réparées. La dent 12 avait fait l'objet d'une fracture de couronne sans lésion de la pulpe. Il n'y avait pas de fracture de racine. S'agissant du reste de la denture, il y avait des dents manquantes non remplacées, soit les dents 15 à 18, 24 à 28, 45 à 48, 36 et 38. Il avait réparé les dents 12, 11 et 37 et constaté une parodontose légère généralisée sur les dents restantes ainsi qu'une fracture de l'attelle parodontale (dents 22 à 13 et entre 11 et 21). Il avait fait un test de vitalité sur la dent 11 ainsi qu'un test de mobilité sur les dents 11, 12 et 41. Sous mesures thérapeutiques, le médecin a indiqué : "Réfection/changement attelle parodontale, réparation composite 12 et traitement de racine sur 11". Il a précisé qu'un traitement définitif ne pourrait être envisagé qu'après une période d'observation de deux ans selon l'évolution, s'agissant des dents 11 et 12. Il ressort d'un schéma figurant dans le questionnaire que la dent 11 se trouve sur le devant de la dentition, au milieu de la mâchoire supérieure. Le médecin-dentiste a joint à son rapport des images radiologiques de la dentition de l'assurée. [endif]>![if> 4. Le 12 janvier 2012, le docteur C_____, médecin-dentiste conseil de l'intimée, a indiqué à cette dernière que le dommage dentaire était lié à l'accident, que la méthode de traitement était adéquate, que l'état de la dentition justifiait les soins envisagés et qu'il n'y avait pas de soins entraînant une amélioration de l'état antérieur à l'accident. Il proposait d'accepter le plan de traitement ainsi que le devis et de mettre une réserve sur les suites éventuelles dues à l'accident. [endif]>![if> 5. Par décision du 7 février 2012, l'intimée a accepté de prendre en charge le traitement tel que devisé par le Dr B_____. [endif]>![if> 6. Le 11 septembre 2013, le Dr B_____ a établi une nouvelle estimation d'honoraires, à hauteur de CHF 4'564.95, pour l'extraction de la dent 11 et son remplacement par un

implant.![endif]>![if> Il a indiqué, le 30 septembre 2013, dans un questionnaire adressé à l'intimée qu'il s'agissait d'une suite de l'accident du 25 novembre 2011 et précisé, par courrier complémentaire du même jour, que la dent 11 n'avait cessé d'être douloureuse depuis l'accident, malgré l'ensemble des traitements, faisant fortement penser à une fracture radiculaire. L'extraction de cette dent et son remplacement par un implant étaient donc impératifs. 7. Par courrier du 4 novembre 2013, l'intimée a informé le Dr B_____ du fait que, selon son médecin-conseil, le traitement dont la prise en charge était requise n'était pas en lien de causalité avec un degré de vraisemblance prépondérante avec l'évènement accidentel du 25 novembre 2011, mais qu'il s'agissait des suites d'une maladie préexistante. Il ressortait en effet du dossier que l'assurée souffrait déjà, avant l'accident, d'une parodontose généralisée, ce qui était confirmé par les images radiologiques jointes à son rapport du 3 janvier 2012. En conséquence, elle refusait la prise en charge du traitement requis.![endif]>![if> 8. Le Dr B_____ a indiqué à l'intimée, dans un courrier du 11 novembre 2013, qu'après un traitement adéquat de l'accident du 25 novembre 2011, la patiente présentait une douleur persistante de la dent 11, dévitalisée, à la mastication. Il avait procédé à une reprise endodontique le 27 juin 2013 qui n'avait pas amélioré la situation. La dernière radiographie du 28 août 2013 ne montrait pas de signe radiologique clair de fracture radiculaire, mais la clinique révélait très probablement une fissure ou fracture infra-radiologique de la racine de cette dent avec une percussion sensible et un biting test douloureux. La patiente ne pouvait toujours pas manger sur cette dent. Il proposait son extraction et son remplacement par un implant pour redonner à la patiente la possibilité de manger sans douleur.![endif]>![if> 9. Le Dr C_____ a reçu l'assurée en consultation le 30 janvier 2014. Par rapport du 4 février 2014, il a indiqué avoir constaté que les dents restantes de l'arcade supérieure présentaient une parodontite généralisée qui devait être qualifiée de moyenne à sévère, puisqu'une attelle parodontale avait été confectionnée avant l'accident et que les poches parodontales mesurées étaient souvent supérieures à 5 mm. La première plainte de la patiente était le changement de teinte de la dent 11 qui avait été dévitalisée et était devenue grise. Cela la dérangeait beaucoup et on pouvait la comprendre. Elle ne l'avait pas d'elle-même informé qu'elle avait des douleurs à la dent 11. Lorsqu'il lui avait demandé si elle avait mal, elle avait répondu par l'affirmative et précisé qu'elle ne pouvait manger "dessus". Or, à la percussion, elle s'était davantage plainte de douleur sur la dent 12 que sur la dent 11. Il paraissait donc évident que l'origine de ses plaintes quant à la douleur était la situation parodontale précaire, ce d'autant plus qu'aucune fracture radiculaire ne pouvait être diagnostiquée. En conclusion, le traitement envisagé par le Dr B_____ était la conséquence d'une situation parodontale défectueuse sans lien avec l'accident.![endif]>![if> 10. Par décision du 24 mars 2014, l'assurée a refusé de prendre en charge le traitement de l'assurée devisé en septembre 2013, considérant, sur la base du rapport de son médecin-dentiste conseil, qu'il n'était pas établi avec une vraisemblance prépondérante que le traitement était en relation de causalité naturelle avec l'accident du 25 novembre 2011. ![endif]>![if> 11. Le Dr B_____ a indiqué au conseil de l'assurée, dans un courrier non daté, que la dent 11 était restée sensible suite au traitement effectué après son accident du 25 novembre 2011. Après la reprise du traitement initial, un examen clinique, radiographique et une période d'observation, rien n'avait changé. Ce diagnostic n'était pas explicable par la parodontose généralisée de longue date que présentait la patiente, comme le disait le Dr C_____. ![endif]>![if> 12. Le 8 mai 2014, l'assurée a formé opposition à la décision rendue par l'intimée le 24 mars 2014. Elle faisait valoir qu'il n'avait jamais été contesté qu'elle avait, durant sa chute, heurté le trottoir avec

son visage et subi des douleurs aux dents. Le premier médecin qu'elle avait consulté l'avait immédiatement dirigée auprès d'un médecin-dentiste. Le Dr B_____ avait immédiatement constaté que la chute avait causé des lésions aux dents 11 et 12. Malheureusement, le traitement de racine initialement effectué sur la dent 11 n'avait pas eu l'effet escompté, puisque cette dent était restée douloureuse et était devenue grise. Seule une extraction de la dent et la pose d'un implant étaient envisageables à ce jour. Il n'était pas contesté qu'elle souffrait déjà avant l'accident d'une parodontose légère, mais la dent 11 avait été touchée lors de l'accident, ce que l'intimée avait reconnu en payant la première facture de son médecin-dentiste traitant. Même si une atteinte était également due à d'autres facteurs associés à l'accident, ce qui était contesté en l'espèce, il y avait lieu de retenir que l'accident était en rapport de causalité naturelle avec l'atteinte, s'il en était la condition sine qua non, ce qui était le cas en l'espèce. L'intimée adoptait un comportement contraire à la bonne foi en refusant de payer la suite de son traitement dentaire. 13. Par décision du 17 novembre 2014, notifiée le lendemain, Allianz a rejeté l'opposition du 8 mai 2014 et confirmé sa décision du 24 mars 2014. Elle était en droit de refuser d'allouer des prestations pour de nouveaux frais de traitement, même si elle avait initialement pris en charge le même type de prestations, si un événement assuré, selon une appréciation correcte de la situation, n'était jamais survenu ou si une lésion n'était pas une conséquence d'un accident. Elle avait accepté en février 2012 de prendre en charge le traitement de la dent 11, bien que cette dent fût déjà cariée avant l'événement. Sur les 32 dents de l'assurée, seules 13 étaient encore présentes et saines. Il ressortait de l'examen effectué par son médecin-dentiste-conseil que l'assurée souffrait d'une parodontose moyenne à sévère. Par ailleurs, il ressortait de l'examen effectué par le médecin-dentiste conseil que l'assurée se plaignait principalement de douleurs au niveau de la dent 12 (testée par percussion) et que s'agissant de la dent 11, elle s'était principalement plainte du fait qu'elle était devenue grise. La motivation de l'assurée était donc d'ordre esthétique et non thérapeutique. Au vu de l'absence de preuve objective d'une fracture radiculaire ainsi que de l'existence d'une parodontose moyenne à sévère, le traitement préconisé ne se justifiait pas par une lésion occasionnée par l'accident, mais par l'existence de la parodontose préexistante. Le médecin-dentiste traitant se limitait à fonder son avis contraire sur des appréciations subjectives ne pouvant être confirmées par des constatations objectives. Il n'y avait dès lors pas lieu de se départir des conclusions du médecin-dentiste conseil, qui devaient d'ailleurs, de jurisprudence constante, être préférées à celles du médecin traitant, qui, du fait de la relation thérapeutique, avait, dans le doute, tendance à émettre une position favorable aux patients. C'était donc à juste titre qu'elle avait refusé le nouveau traitement de la dent 11 de l'assurée. 14. Par acte du 24 décembre 2014, l'assurée a formé recours devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision précitée, en concluant à son annulation et à ce qu'il soit dit que l'accident du 25 novembre 2011 était la cause de l'atteinte à ses dents 11 et 12 notamment et à la condamnation d'Allianz à prendre en charge la facture du 11 septembre 2013. Elle faisait valoir que le Dr B_____ avait constaté immédiatement après sa chute que cette dernière avait causé des lésions à ses dents 11 et 12. Il avait opté pour un traitement de racine de la dent 11, en précisant que le traitement définitif ne pourrait être envisagé qu'après une période d'observation de deux ans, selon l'évolution. En acceptant de rembourser le traitement de racine, l'intimée avait implicitement admis que l'accident avait provoqué les lésions aux dents 11 et 12. Elle n'avait pas non plus contesté que le traitement définitif serait envisagé après deux ans d'observation. En refusant de prendre en charge la suite du traitement, elle violait le principe

de la bonne foi. Le traitement envisagé était toujours en lien de causalité naturelle avec l'accident, puisque sans le heurt sur le trottoir, sa dent n'aurait pas subi de dévitalisation. Son médecin-traitant avait constaté que le traitement de racine n'avait pas permis de résoudre ses douleurs, ni d'empêcher la dent de se dévitaliser. En conséquence la lésion n'avait pu être réparée à l'aide du premier traitement envisagé. Seule une extraction de la dent et la pose d'un implant paraissait envisageable à ce jour. Comme l'avait confirmé son médecin-traitant, ce n'était pas en raison de la parodontose que sa dent 11 la faisait encore souffrir et s'était décolorée. Cela devait être dû à une probable fracture ou fissure de la racine. Une parodontose ne pouvait pas causer une fracture de la racine d'une dent. C'était donc indubitablement suite à l'accident que la fracture ou la fissure était apparue. Même si la parodontose avait fragilisé sa dent, ce qui était vivement contesté, il n'en demeurerait pas moins que c'était en raison du choc subi lors de l'accident que la dent s'était fissurée et qu'elle était encore douloureuse et dévitalisée. L'accident était la condition sine qua non de l'atteinte à sa dent 11. Les douleurs dont elle souffrait au niveau de sa dent 12 étaient également en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 25 novembre 2011.

15. A l'appui de son recours, l'assurée a produit un courrier, adressé le 22 décembre 2014 par le Dr B_____ à son conseil, dans lequel il indiquait que c'était en examinant l'assurée que le diagnostic de fracture infra-radiologique de la dent 11 lui était apparu comme le plus probable à la suite de son accident du 25 novembre 2011 et surtout en raison de l'évolution des symptômes, malgré une première phase de traitement adéquate. Il ne s'agissait pas de constatations subjectives, mais d'éléments cliniques constatés lors de l'examen de la dent en question. La patiente présentait une maladie parodontale chronique tout-à-fait sous contrôle, calme, traitée et surveillée par des soins professionnels réguliers d'hygiène (visites chez l'hygiéniste régulières en 2011, 2012 et 2013). Cette atteinte, relativement fréquente dans la population, ne présentait pas de péjoration, d'aggravation ou de forme plus agressive au niveau des dents 11 ou 12 et ne pouvait en aucun cas expliquer la symptomatologie de la patiente au niveau de ses dents. Vue en consultation le jour-même, la patiente présentait toujours les mêmes signes cliniques au niveau des dents 11 et 12.

16. Dans sa réponse au recours du 1^{er} avril 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours. Il n'était nullement démontré que la racine de la dent 11 était le siège d'une fissure ou d'une fracture. De jurisprudence constante, une lésion organique objective était admise lorsque celle-ci était confirmée par des examens par imagerie ou un appareil de mesure qui faisaient parties des méthodes d'investigation reconnues sur le plan scientifique (ATF 138 V 248). Il n'appartenait pas à l'assurance-accidents de prendre en charge un traitement esthétique, qui ne répondait pas aux critères d'un traitement approprié, efficace économique, au sens de l'art. 10 LAA.

17. Entendue par la chambre de céans le 1^{er} juin 2015, la recourante a indiqué qu'à la suite de son accident, elle s'était rendue à la permanence de Vermont qui l'avait adressée au Dr B_____. Elle avait la bouche en sang et deux dents qui bougeaient. Son attelle s'était décollée sur le côté des dents 11 et 12. Sur le moment, elle avait eu mal à la dent 11 et plus tard à la dent 12. Les autres dents, qui étaient soutenues par l'attelle, ne bougeaient pas. Avant cet accident, aucun médecin ne lui avait dit qu'elle avait de la parodontose et elle n'avait pas mal aux dents. Elle avait mis des bagues pour resserrer ses dents de devant en 2001 ou 2002. Quant elle les avait enlevées, son dentiste lui avait dit de mettre une attelle pour empêcher les dents de s'écarter. On ne lui avait pas dit que c'était lié à la parodontose. Il lui manquait des dents, car elles lui avaient été enlevées à cause de caries. Elle n'avait pas d'argent pour se faire soigner ses dents. Une partie de ses dents avait été enlevée au Brésil. Elle était arrivée en Suisse à

l'âge de 37 ans. Ensuite, d'autres dentistes lui avaient enlevé des dents, mais elle ne connaissait pas leur nom. Elle n'avait pas été suivie par un dentiste de manière régulière avant l'accident, car elle n'avait pas mal. Elle ne se rendait chez le dentiste qu'en cas de besoin. Lorsqu'elle avait mis les bagues, elle avait été suivie par un dentiste pendant une année ou deux. A ce moment là, une partie de ses dents avait déjà été enlevée. Elle n'avait plus eu d'extraction de dent par la suite. Depuis l'accident, elle avait mal à la dent 11 quand elle mangeait ou qu'il y avait du froid dessus. Elle avait également mal à la dent 12, mais la dent qui lui faisait le plus mal était la 11. Avec le temps, cette dernière était devenue grise.

18. Entendu le même jour, le Dr B _____ a indiqué à la chambre de céans qu'il avait commencé à suivre la recourante le jour même de son accident, le 25 novembre 2011. Il avait alors constaté que ses dents 11 et 12 étaient légèrement mobiles. Une petite attelle qui allait de la dent 22 à la dent 13 de l'assurée s'était cassée pendant l'accident. S'agissant des causes de la mobilité des dents, il y avait d'une part le fait que l'attelle avait été cassée, mais aussi le choc de l'accident. Les dents de l'assurée étaient déjà un peu déchaussées, raison pour laquelle une attelle avait été mise pour les stabiliser. S'agissant des dents manquantes avant l'accident, cela était très probablement dû à la parodontose, mais cela pouvait aussi être dû à des caries. Il avait fait un test de vitalité sur la dent 11 et avait constaté que le nerf était atteint suite au choc de l'accident. Il pensait pouvoir exclure que l'atteinte à la dent 11 fût causée par la parodontose, car cette dernière était chronique. Il était théoriquement possible que la parodontose atteignît le nerf, mais cela se serait vu sur les radiographies. Il avait fait des radiographies des dents 11 et 12 juste après l'accident et n'avait pas constaté de fracture. Le nerf pouvait se nécroser suite à une contusion de la dent. S'il avait indiqué qu'un traitement définitif ne pourrait être envisagé qu'après une période d'observation de deux ans, c'était qu'il avait à l'esprit l'éventualité d'une micro-fracture de la dent, ou une fissure. Le traitement de la racine de la dent 11 avait été effectué car le nerf était nécrosé suite à la contusion de la dent qui avait été mise en évidence par le test de vitalité. Lorsque le nerf se nécrosait, on devait faire un traitement de racine. Ce traitement avait pour effet de supprimer les terminaisons nerveuses dans le canal qui était dans la racine de la dent. Il avait pour but de sauver la dent, mais pouvait la fragiliser. Comme les douleurs de la patiente avaient continué, il avait suspecté une micro-fracture. Une telle fracture ne se voyait pas de manière générale sur les radios. On pouvait avoir des douleurs sur une dent, même si le nerf avait été supprimé, la douleur venant du nerf principal qui se trouvait au sommet des racines, ou alors en raison d'une micro-fracture. Il n'avait pas pensé à l'atteinte parodontale comme cause des douleurs à la dent 11 et diagnostic possible, parce que la patiente était suivie régulièrement par l'hygiéniste de son cabinet dentaire. Après 2011, il avait refait un traitement de racine. Le premier traitement de racine avait pu être la cause des douleurs persistantes, car il n'avait peut-être pas permis d'obturer tout le système canalaire. L'atteinte parodontale de la patiente était particulière car généralisée. On pouvait dire qu'elle était de gravité moyenne. La patiente ne pouvait pas mordre sur la dent 11. Elle exprimait une petite douleur vive. Il était nécessaire de solutionner ce problème, même si la douleur pouvait être évitée en n'utilisant pas la dent. Ces plaintes portaient surtout sur la sensibilité de la dent 11 plutôt que sur sa teinte. Il confirmait toutefois que la couleur de la dent posait un problème esthétique à l'assurée. De ses observations, c'était clairement la dent 11 qui la gênait et non la 12. Dès lors que la situation était calme s'agissant de l'atteinte parodontale, il excluait cette cause concernant la dent 11. Si la maladie était active, elle toucherait plusieurs dents en même temps. C'était une maladie chronique que l'on pouvait stabiliser et il n'y avait alors pas de

symptômes. Il pensait qu'il allait falloir faire quelque chose pour la dent 12 qui était devenue douloureuse avec le temps suite à l'accident. Si une atteinte parodontale était bien suivie, on ne perdait pas les dents. Il n'avait pas connaissance du dossier précédent de la patiente et avait pensé que les dents manquantes étaient dues à la parodontose vu le contexte. Si la douleur était due à la parodontose, elle aurait disparu avec le temps puisque cette dernière était soignée régulièrement. Un test de percussions consistait à tapoter la dent avec un instrument. [endif]>[if> 19. La chambre de céans a posé des questions complémentaires à l'orthodontiste qui s'était occupée de l'assurée, soit la doctoresse D_____. Cette dernière a indiqué, par courrier du 17 juin 2015, qu'elle avait soigné l'assurée du 1^{er} février 2001 au 28 mars 2007 pour un traitement orthodontique. L'attelle qui se trouvait dans la bouche de la patiente lors de son accident n'était pas une attelle parodontale. Il s'agissait d'un fil de contention que l'on posait à la fin de chaque traitement orthodontique pour maintenir le résultat. Elle ne connaissait pas la cause de l'édentation supérieure bilatérale de la patiente. Lorsqu'elle suivait la patiente, celle-ci ne présentait pas de parodontose, car si cela était le cas, un traitement orthodontiste n'aurait pas été envisageable. Pour elle, l'édentation de la patiente n'était pas due à une parodontose, car elle n'en avait pas constaté lors de son suivi.[endif]>[if> 20. Le 30 juin 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions.[endif]>[if> 21. Le 19 août 2015, l'intimée a également persisté dans ses conclusions.[endif]>[if> EN DROIT 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) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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).[endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A 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.[endif]>[if> 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.[endif]>[if> 4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à refuser la prise en charge de l'extraction de la dent 11 de l'assurée et son remplacement par un implant, en niant le rapport de causalité naturelle entre la nécessité de ce traitement et l'accident subi par l'assurée le 25 novembre 2011.[endif]>[if> 5. 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).[endif]>[if> 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). 6. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement

dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (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. 7. Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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 125 V 461 consid. 5a et les références). 8. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2; RAMA 2000 n° U 363 p. 46). 9. En matière dentaire, la jurisprudence précise que le caractère adéquat du lien de causalité entre le fait constitutif d'un accident de se casser une dent en mordant dans un pain aux noix qui contient un résidu de coquille et la survenance du dommage dentaire ne peut être nié que s'il y a lieu d'admettre que la dent se fût brisée même en l'absence d'une sollicitation anormale. La dent ne doit pas nécessairement être parfaitement saine, il suffit qu'elle remplisse normalement sa fonction (ATF 114 V 170 ; arrêt non publié du 13 avril 2006; K 41/05). 9. 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. 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 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine)

(RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). A contrario, 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 a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2).¹⁰ L'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation de prester, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Il peut ainsi liquider le cas en invoquant le fait qu'un événement assuré - selon une appréciation correcte de la situation - n'est jamais survenu (ATF 130 V 380).¹¹ 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. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, 2000, p. 268).¹² 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. A 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 125 V 351 consid. 3).¹³ 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. 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. cc).¹³ 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).!

14. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).!

15. 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 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).!

16. a. En l'espèce, il n'est pas contestable que le nerf de la dent 11 de l'assurée est atteint, ce qui a été mis en évidence par les tests mécaniques effectués par le Dr B_____, les douleurs ressenties par l'assurée depuis son accident et le changement de couleur de la dent. Selon le Dr B_____, cette lésion est exclusivement due à l'accident subi par l'assurée le 25 novembre 2011. Si les radiographies ne permettent pas d'établir que la dent a subi une fracture lors de l'accident, le Dr B_____ a indiqué que le nerf de la dent a pu se nécroser à la suite d'une contusion, d'une micro-fracture ou d'une fissure de la dent, invisibles sur les radiographies. !

Ce médecin a une bonne connaissance du cas de l'assurée, puisqu'il a commencé à la suivre juste après son accident et il a donné des explications constantes et cohérentes au sujet la dent en question. Il a démontré de l'objectivité dans l'appréciation du cas, dans la mesure où il a admis que l'assurée souffrait d'une parodontose moyenne, précisant que cette dernière avait très probablement causé son édentation (ce qui s'est avéré inexact comme cela sera expliqué ci-après). Il n'a pas caché non plus que sa patiente était gênée par le fait que sa dent 11 était devenue grise et que ses dents étaient déjà un peu déchaussées avant l'accident. Il y a ainsi lieu d'accorder une sérieuse force probante à son avis médical, quand bien même il s'agit du médecin-traitant de l'assurée. Sur la base de cette appréciation médicale, la chambre de céans estime qu'il est suffisamment établi, avec le degré de vraisemblance prépondérante requis, que le traitement, devisé le 11 septembre 2013 par le Dr B_____, est en lien de causalité naturelle avec la chute subie par l'assurée le 25 novembre 2011. b. L'intimée n'a pas contesté que cette chute était un accident au sens de l'art. 4 LPGA et a reconnu, à tout le moins dans un premier temps, un lien causal entre cet accident et l'atteinte à la dent 11 de l'assurée, puisqu'elle a accepté de prendre en charge le premier traitement de racine effectué par le Dr B_____. L'intimée a, en revanche, refusé de prendre en charge le second traitement de cette dent, après l'échec du traitement de racine, considérant qu'il n'était pas lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident, en se fondant sur l'avis de son médecin-dentiste conseil du 4 février 2014. Ce dernier a reçu l'assurée en consultation le 30 janvier 2014 et a

constaté que ses dents restantes de l'arcade supérieure présentaient une parodontite généralisée, qui devait être qualifiée de moyenne à sévère, puisqu'une attelle parodontale avait été confectionnée avant l'accident et que les poches parodontales mesurées étaient souvent supérieures à 5 mm. Il estimait en conséquence que le traitement envisagé par le Dr B_____ était la conséquence d'une situation parodontale défectueuse sans lien avec l'accident. Les conclusions du médecin-dentiste conseil de l'intimé se fondent sur une prémisse erronée, à savoir que l'assurée était porteuse d'une attelle parodontale, ce qui n'était pas le cas, selon la Dresse D_____, qui a indiqué que l'attelle qui se trouvait dans la bouche de l'assurée avait pour but de maintenir les dents en place, après le traitement orthodontique qu'elle lui avait prodigué entre 2001 et 2007. Le médecin-dentiste conseil de l'intimée a encore relevé que la première plainte de l'assurée était le changement de teinte de sa dent 11, qui avait été dévitalisée, et qu'elle n'avait indiqué souffrir de cette dent que sur demande de sa part. S'il n'est pas contestable que l'assurée souffre probablement de l'aspect de sa dent 11, il est néanmoins établi que cette dent est douloureuse tant par les déclarations de l'assurée que par les rapports médicaux de son médecin-dentiste traitant. Le médecin-dentiste conseil de l'intimée a lui-même constaté que l'assurée avait des douleurs à cette dent. Le fait qu'elles lui sont apparues moins importantes que celles ressenties à la dent 12 est irrelevante. Ainsi, le traitement de la dent 11 n'est pas justifié uniquement pour des raisons esthétiques, comme l'a soutenu l'intimée, mais en raison des douleurs ressenties à cette dent par l'assurée à la mastication. Il résulte des considérations qui précèdent que les conclusions du médecin-dentiste conseil de l'intimée ne remettent pas sérieusement en cause celles de son médecin-traitant. c. On ne saurait retenir que l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante), dès lors que l'assurée a précisé, qu'avant celui-ci, elle ne souffrait pas des dents en général, et de la dent 11 en particulier, ce qui est corroboré par le fait qu'elle n'éprouvait pas la nécessité d'être suivie par un dentiste, alors que depuis l'accident, elle est suivie par le Dr B_____. Le médecin-dentiste conseil n'a pas rendu vraisemblable qu'avant l'accident déjà la dent 11 ne remplissait plus sa fonction masticatoire. d. Il n'apparaît pas non plus que la dent aurait été atteinte, tôt au tard, même sans l'accident, par suite d'un développement ordinaire de la parodontose (statu quo sine). En effet, selon le médecin-dentiste traitant de l'assurée, la parodontose dont elle souffre est soignée et, dans ce cas, la maladie ne provoque pas la perte des dents. Il est, en outre, établi, que la parodontose n'est pas responsable des dents déjà manquantes dans la bouche de l'assurée. En effet, la Dresse D_____ a indiqué, de façon convaincante, que l'édentation était déjà présente dans la bouche de l'assurée avant son traitement orthodontique, qui n'aurait pu être effectué en présence de parodontose. e. Même si, par hypothèse, on retenait que la parodontose a également eu un rôle causal dans l'atteinte de la dent, l'intimée devrait prendre le traitement en cause en charge, car il suffit que l'accident soit une des causes ou une cause partielle de la lésion pour que l'assurance-accidents doive intervenir. f. Un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et le traitement doit ainsi être admis. 17. Il en résulte que l'intimé doit prendre en charge le traitement devisé par le Dr B_____ le 11 septembre 2013 et que la décision de l'intimée du 17 novembre 2014 doit par conséquent être annulée. 18. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Représentée par un mandataire et obtenant gain de cause, la recourante a droit à une indemnité, à titre de participation à ses frais et dépens, qui sera fixée à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES

SOCIALES : Statuant A la forme :

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