

## VD\_GERICHTE ZA07.003182 vom 31. Mai 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-05-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA07.003182](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA07.003182)

FR: VD\_GERICHTE ZA07.003182 du 31 mai 2010

IT: VD\_GERICHTE ZA07.003182 del 31 maggio 2010

### Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 13/07 - 55/2010 CO UR DE S ASSURANCES S OCIALES  
Arrêt du 31 mai 2010

Présidence de M. DIND Juges : Mme Dormond Béguelin et M. Jevean, assesseurs Greffier : M. Simon \*\*\*\*\* Cause pendante entre : L. \_\_\_\_\_, à Yens, recourante, représentée par Me Angelo Ruggiero, avocat à Lausanne, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne. \_\_\_\_\_ Art. 6 al. 1 LAA 402

- 2 - E n f a i t : A. L. \_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1954, travaillait en qualité d'employée de commerce auprès du bureau d'ingénieurs X. \_\_\_\_\_ à Rolle. A ce titre, elle était assurée contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA). Le 3 juin 2004, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation sur la route principale entre Lausanne et Genève, un conducteur étant rentré frontalement dans le véhicule qu'elle conduisait. Elle a subi notamment des fractures au tibia et au pied droits et a bénéficié d'un traitement à l'hôpital de Morges du 3 au 23 juin 2004. Le Dr K. \_\_\_\_\_, médecin audit hôpital, a attesté d'une incapacité de travail de 100 % à partir du 3 juin 2004 et de 60 % dès le 23 août 2004, date à partir de laquelle l'assurée a repris son activité à un taux de 40 %, puis à 80 % dès le 10 janvier 2005 et à 100 % dès le 4 avril 2005. Le cas a été pris en charge par la CNA qui a versé les prestations d'assurance. Lors d'un entretien du 14 février 2006 avec un agent de la CNA, l'assurée a indiqué qu'elle avait eu des dents abîmées lors de l'accident et a fait part de son intention de consulter un dentiste. Par courrier du 20 avril 2006 adressé à la CNA, l'intéressée a indiqué qu'elle avait été examinée par le Dr P. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste à Morges, à savoir le 3 avril 2006. Dans un devis du 28 juin 2006, le Dr P. \_\_\_\_\_ a indiqué, y compris le matériel et les frais de laboratoire, un montant total d'honoraires de 39'774 fr. 80. Dans un formulaire de lésions dentaires du 29 juin 2006, il a constaté la luxation totale des dents 31, 36, 37, 44, 45, 46 et 47, la luxation (déplacement) des dents 11 et 12, la fracture de couronne sans lésion de la pulpe de la dent 26 et la fracture de racine de la dent 22; il a également proposé un traitement par la pose de plusieurs ponts. Ces documents ont été transmis à la CNA.

- 3 - Le cas a été soumis à l'appréciation du Dr R. \_\_\_\_\_, médecin- dentiste conseil à la CNA. Dans un rapport du 27 juillet 2006, se référant notamment à un examen radiologique (OPT) effectué le 3 avril 2006, celui- ci a constaté que la denture était dans un état d'hygiène déplorable avec du tartre et a relevé qu'il était impensable de perdre autant de dents sans en prendre conscience et consulter immédiatement un dentiste, relevant notamment que les dents 36, 37 et 47 manquaient avant l'accident du 3 juin 2004 et que la dent 11 avait une périodontite aiguë avec un abcès vestibulaire au tiers de la racine. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a retenu que les dommages constatés et annoncés plus de deux ans après

l'accident n'avaient pas de relation de causalité avec celui-ci et qu'il était tout au plus possible que l'accident ait éventuellement ébranlé certaines dents, sans en aggraver l'état, puisque l'assurée avait pu attendre deux ans avant de consulter un dentiste. Il a aussi retenu que les traitements proposés, qui selon lui n'incombaient pas à la CNA, n'étaient pas adaptés au vu de l'hygiène buccale et de l'état du parodonte. Par décision du 4 août 2006, la CNA a signifié à l'assurée qu'elle n'était pas tenue d'intervenir pour le dommage causé aux dents, de sorte qu'elle ne pouvait allouer des prestations d'assurance. Se fondant sur l'appréciation du Dr R. \_\_\_\_\_, elle a retenu qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 3 juin 2004 et les lésions annoncées. Dans un rapport du 23 août 2006 adressé à la CNA, le Dr P. \_\_\_\_\_ a fait part de son étonnement à l'égard de la décision précitée et a relevé que la négation d'un lien de causalité direct entre les dégâts dentaires et l'accident était invraisemblable. Il a notamment fait part de ce qui suit: "En complément aux différents éléments que je vous ai transmis, je tiens à signaler que cette décision contredit les évidences cliniques, ne serait-ce que dans le bloc antérieur : fracture de la couronne de la dent 22; granulome dentaire interne idiopathique de la dent 21 avec fistulisation vestibulaire. Or vous n'êtes pas sans savoir que ce type de pathologie est la quasi signature de violents traumatismes, comme référencé dans l'atlas LAMal de la SSO sur les pathologies prises en considération dans le cadre de l'Opas.

- 4 - Sur un plan juridique, cette décision s'oppose à tous les rapports de témoins, rapports hospitaliers et décision judiciaire faisant état de la perte d'éléments dentaires suite à l'accident! Je laisse au conseil juridique de Madame L. \_\_\_\_\_ le soin de produire les pièces qu'il juge nécessaire à ce propos. Concernant votre appréciation médicale datée du 27 juillet 2006, je me permets de faire les remarques suivantes: 1) Madame L. \_\_\_\_\_ a régulièrement fait état de la perte d'éléments dentaires durant et après son hospitalisation. Ceci est le cas pour les dents du quadrant 4 notamment. Il est vraisemblable que les dents du quadrant 1 se retrouvant sans antagonistes, ont probablement continué à faire égression (cf publications Prof W. \_\_\_\_\_). 2) Sous traitement anticoagulant (Sintrom®), la patiente aurait difficilement pu entreprendre une réhabilitation importante sans risques pour son état général selon l'avis de son médecin traitant. Ce n'est donc pas un « soudain besoin de confort » qui a différé les soins jusqu'au 3 avril 2006 mais une saine gestion de la chronologie de l'urgence. 3) Au vu des traumatismes subis, il apparaît plus que vraisemblable que suite à son admission, Madame L. \_\_\_\_\_ a reçu des médicaments antalgiques qui ont masqué la fracture et la mise à nu de la pulpe de la dent 22 jusqu'à sa perte de vitalité. 4) Les photos que nous vous avons transmises montrent l'état initial du 3 avril 2006, après environ 2 années de carence de soins dentaires et avant mise en place de la thérapeutique initiale. Elles ne sauraient en aucun cas être représentatives de la situation habituelle et normale que Madame L. \_\_\_\_\_ montre aujourd'hui. Dans ce contexte, il est clair qu'un nouveau sondage parodontal et une nouvelle série de photos donneraient des images et des sondages parodontaux plus représentatifs de son status habituel. Ces arguments objectifs seront faciles à étayer lors du prochain contrôle de maintenance qui est déjà prévu". Par acte du 30 août 2006 de son mandataire, l'assurée a formé opposition contre la décision du 4 août 2006, concluant à la prise en charge par la CNA des lésions dentaires annoncées, en se référant au rapport précité du 23 août 2006 du Dr P. \_\_\_\_\_. Par ailleurs, l'assurée a remis un rapport du 20 octobre 2004 du Dr K. \_\_\_\_\_, indiquant qu'elle avait subi lors de l'accident du 3 juin 2004 les lésions d'avulsion de la 2ème incisive supérieure gauche et d'avulsion partielle de la 2ème incisive inférieure gauche, qu'elle devait encore bénéficier de soins dentaires pour les avulsions des incisives et que des soins

dentaires étaient prévus. Elle a également remis un rapport du 11 novembre 2004 du Dr M. \_\_\_\_\_, du

- 5 - service de chirurgie de l'Hôpital de Morges, relevant qu'elle avait subi lors dudit accident une avulsion de la 2ème incisive supérieure gauche et une avulsion partielle de la 2ème incisive inférieure gauche, que des soins dentaires pour avulsions des incisives étaient prévus et que le traitement dentaire était actuellement ambulatoire. Le cas a à nouveau été soumis à l'appréciation du Dr R. \_\_\_\_\_. Dans son rapport du 13 octobre 2006, ce dernier a déclaré maintenir son appréciation du 27 juillet 2006 pour tous les dégâts dentaires annoncés dans le rapport du 29 juin 2006 du Dr P. \_\_\_\_\_, sauf pour la dent 22. Il a retenu qu'à l'exclusion de toutes les dents endommagées annoncées, seule la fracture de la dent 22 avait une relation de causalité probable avec l'accident de 2004, se référant à ce qui suit: "Des antalgiques ne peuvent pas masquer les violentes douleurs que provoquent une pulpe mise à nu comme sur la dent 22. Mais il est pensable que cette pulpe ait déjà une vitalité amoindrie voire un début de mortification (au vu de l'état du reste de la denture). Cette dent 22 était annoncée comme «avulsée» par l'hôpital (fait que je n'ai pas vu lors du premier examen du dossier). Ce n'est pas parce que l'on est sous Sintron qu'un examen dentaire n'est pas possible avec des traitements sans extraction (traitement radiculaire par exemple). Si des dents tombent spontanément sans qu'il y ait de nécessité de consulter, ces dents sont «tombées» pour cause de parodontite importante et non de choc. Si les dents des quadrants 3 et 4 avaient existé avant et après l'accident, les dents 17, 16, 26 et 27 ne se seraient pas autant élongées en quelques mois. La dent 21 n'a pas un granulome interne idiopathique mais bien une profonde poche osseuse due au tartre (visible sur la radiographie) avec abcès et formation d'une fistule. Or du tartre au niveau des incisives supérieures, au niveau radiculaire en plus, ne se forme pas en quelques 2 ans. Cela correspond au reste de l'état parodontal tartre inférieur, perte des dents des quadrants 3 et 4". Par décision sur opposition du 30 octobre 2006, la CNA a partiellement modifié sa position, en ce sens que seule la fracture de la dent 22 est en corrélation avec l'accident du 3 juin 2004, précisant qu'elle interviendra pour la confection d'un implant et d'une couronne sur cette

- 6 - dent. Elle s'est intégralement référée à l'appréciation précitée du 13 octobre 2006 du Dr R. \_\_\_\_\_. B. Par acte du 31 janvier 2007 de son mandataire, l'assurée fait recours au Tribunal cantonal des assurances et conclut, avec suite de frais et dépens, à la réforme de la décision sur opposition du 30 octobre 2006, en ce sens que la perte des dents 11, 22, 31 et 31bis soit en corrélation directe avec les conséquences de l'accident du 3 juin 2004 et à ce que les traitements dentaires de réhabilitation proposés par le Dr P. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 31 (recte: 29) janvier 2007 soient entièrement pris en charge par la CNA. Il dépose une radiographie panoramique (OPT) dentaire de l'assurée effectuée lors d'un contrôle dentaire auprès de la clinique médico-dentaire A. \_\_\_\_\_ le 2 juin 2004, et un rapport dentaire complémentaire du 29 janvier 2007 du Dr P. \_\_\_\_\_, exposant ce qui suit: "A la lumière de faits nouveaux, nous revenons sur ce dossier. Faute d'éléments cliniques et radiographiques antérieurs à l'accident de Madame L. \_\_\_\_\_, notre proposition de réhabilitation du 28 juin 2006 était basée sur le principe du retour à l'état antérieur de la fonction masticatoire de Madame L. \_\_\_\_\_. Suite à votre décision du 04 août 2006, nous vous avons fait part de notre incompréhension vis-à-vis de la négation d'une causalité entre la perte de dents de Madame L. \_\_\_\_\_ et l'accident qu'elle a subi. La procédure d'opposition avait débouché sur votre décision du 06 novembre 2006 (accord

pour le remplacement de la dent 22 par une couronne sur implant) qui constitue un premier petit pas positif pour Madame L. \_\_\_\_\_. A ma demande, Madame L. \_\_\_\_\_ s'est tournée vers ses anciens praticiens pour retrouver des éléments radiographiques antérieurs à l'accident. La conclusion de ses démarches aboutit à la présentation aujourd'hui de l'OPG du 26.01 que nous joignons à la présente. A l'examen objectif de cette radiographie, il apparaît que toutes les demandes formulées pour le remplacement d'éléments dans les segments postérieurs sont non fondées (absence d'éléments de soutien pour le quadrant 3, aggravation de l'état antérieur dans le quadrant 4). Par contre, ce document contredit certaines affirmations de votre appréciation médicale du 13 octobre 2006, notamment sur les points suivants: - la dent 11 ne montre ni poche ni foyer apical, - le niveau d'os de la dent 11 sur l'opg du 26.01 est clairement plus bas que sur l'opg du 03 avril 2006, la perte relevée est donc bien post traumatique, -les dents perdues dans le segment 33-43 sont complètement soutenues par de l'os. Seul le choc puissant reçu lors de l'impact a pu amener de façon vraisemblable à la perte actuelle de ces dents.

- 7 - Sur la base de cet élément nouveau, nous vous invitons à reconsidérer votre décision et à accepter notre proposition initiale de réhabilitation des segments antérieurs développé dans le formulaire «résultat d'examen/devis» du 29 juin 2006 que nous reprenons ci-après; pour le maxillaire supérieur: -pont de 3 éléments sur implants 12-11x-21, -22 couronne unitaire sur implant (déjà acceptée), pour la mandibule: -pont 32i-31-31bis-42i (4 éléments)". Se fondant sur l'avis précité du Dr P. \_\_\_\_\_, l'assurée soutient que la perte des dents 11, 22, 31 et 31bis est de nature post-traumatique et résulte vraisemblablement de l'accident du 3 juin 2004, faisant valoir que le niveau d'os de la dent 11 était à la date de l'accident plus bas que sur la radiographie du 3 avril 2006, que les dents 31 et 31bis apparaissaient sur la radiographie du 2 juin 2004 et étaient complètement soutenues par l'os et que les lésions dentaires ont été constatées sommairement par le Dr K. \_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 octobre 2004. A titre de mesures d'instruction, l'assurée demande que la radiographie du 2 juin 2004 et le rapport du 29 janvier 2007 du Dr P. \_\_\_\_\_ soient soumis au Dr R. \_\_\_\_\_, subsidiairement qu'une expertise dentaire soit ordonnée afin de définir si la perte des dents 11, 31 et 31bis est en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. Dans sa réponse du 9 mars 2007, par son mandataire, la CNA conclut au rejet du recours dans la mesure où il est recevable et à la confirmation de la décision sur opposition du 30 octobre 2006. Elle s'étonne de la production, tardive à son avis, de la radiographie panoramique du 2 juin 2004 par l'assurée et soutient que l'état de la dentition de celle-ci, dont l'hygiène était déplorable, nécessitait déjà à ce moment des soins importants. Mettant en cause la vraisemblance des lésions dentaires alléguées par l'assurée, la CNA fait valoir que celle-ci avait déclaré qu'elle portait la ceinture de sécurité au moment de l'accident, de sorte qu'elle n'aurait pas pu heurter le volant avec sa bouche et exprime son incompréhension dès lors que l'assurée n'a entrepris aucun traitement dentaire durant les deux premières années après l'accident. Elle accepte la mesure d'instruction proposée par

- 8 - l'assurée, se réservant le droit de poser des questions complémentaires au Dr R. \_\_\_\_\_. S'agissant du complément d'instruction, respectivement par courriers des 21 mai et 5 juin 2007, la recourante et l'intimée confirment leur position. C. Par courrier du 17 octobre 2007, le juge instructeur a demandé aux parties de lui soumettre les questions qu'elles entendaient poser au Dr R. \_\_\_\_\_. Ce praticien n'exerçant plus d'activité, ces questions, une fois réunies, ont été soumises au Dr E. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste conseil de la CNA. Dans un rapport du 11 avril 2008, celui-ci a répondu comme suit aux questions de

l'assurée: "1. Pour un nouveau patient qui se présenterait à votre cabinet suite à un accident de circulation majeure, en ne disposant que sur l'examen clinique et des 3 radiographies du jour de la consultation (03.04.2006), quelle proposition de traitements auriez-vous établie à ce moment et dans ce contexte précis? Pas possible de répondre, je ne dispose pas des radiographies du 3.04.2006. Selon l'appréciation médicale du Dr R. \_\_\_\_\_ du 27.07.2006 qui est la seule pièce objective de l'état dentaire de la patiente deux ans après l'accident, j'aurais certainement proposé les soins parodontaux et une prothèse amovible provisoire pour stabiliser la situation. 2. Dans l'hypothèse d'une proposition de réhabilitation par des prothèses amovibles, une telle proposition correspond-elle à l'état naturel des dents des patients? Oui, car l'état parodontal est un facteur limitatif pour de la prothèse fixe ou la pose d'implants. 3. Sans historique radiographique, quels sont les critères objectifs qui permettent de confirmer une amélioration de l'état antérieur du patient en acceptant la proposition de traitement du 28.06.2006 du Dr P. \_\_\_\_\_? À mon avis aucun. Peut-être qu'une analyse parodontale à jour permettrait de confirmer une amélioration de l'état dentaire. 4. Dans ce contexte, la recherche de documents antérieurs au 03.04.2007 paraît-elle justifiée et adéquate? Si oui, cette démarche parle-t-elle ou non en faveur d'une volonté de transparence de la patiente et de son médecin dentiste traitant?

- 9 - Oui, c'est parfaitement justifié et nécessaire, l'OPG du 2 juin 2004 prouve que la patiente avait déjà un état dentaire très délabré. Il y a bien volonté de transparence de la part de la patiente. Le médecin dentiste par contre a été mal informé par la patiente. 5. Avec votre expérience et votre formation, en tenant compte de la réponse à la question 2), la nouvelle proposition de traitement soumise dans le rapport du 29.01.2007 paraît-elle tenir compte de l'ensemble des éléments du dossier connu à cette date? Non. 6. Est ce que Madame L. \_\_\_\_\_ a reçu des antalgiques suite à son accident durant son hospitalisation? Des opiacés ou des médicaments similaires? Dans le cas d'une réponse positive, la douleur ressentie lors d'une fracture avec exposition du nerf subsiste-t-elle encore de la même façon? La prise éventuelle d'opiacés a-t-elle une incidence directe sur la dentition? Oui d'après les rapports médicaux. Des opiacés peuvent très bien diminuer fortement des douleurs dentaires. Les drogués présentent souvent un état dentaire catastrophique avec peu de douleur mais ils ont de façon épisodique des très fortes douleurs causées par la nécrose des nerfs et alors la prise d'opiacés ne calme plus le patient. 7. Selon la littérature médicale, existe-il une diminution de la sensibilité de la douleur dentaire avec l'âge? Si oui, va-t-elle en diminuant avec l'âge? Oui avec la diminution de la lumière camérale et radiculaire. Physiologie tout a fait normale et utilisé en médecine légale pour dater approximativement l'âge d'une personne. 8. Après son hospitalisation, Madame L. \_\_\_\_\_ a-t-elle continué de prendre des médicaments? Si oui, quels médicaments? Dans le cas de médicaments empêchant la coagulation normale, quelles sont les recommandations qu'a dû recevoir Madame L. \_\_\_\_\_ de son médecin traitant pour des soins dentaires comme détartrage, extractions ou traitements de racines? La patiente d'après le dossier a été sous Sintrom. Ce médicament empêche en effet des interventions chirurgicales ou des détartrages de manière routinière. Il faut pour pratiquer ces interventions diminuer ou suspendre le traitement médicamenteux. 9. Ces recommandations sont-elles compatibles avec l'ordre des priorités de rétablissement établi pour la convalescence de Madame L. \_\_\_\_\_ et sa consultation dentaire du 03.04.2006? La patiente n'a certainement pas été sous Sintrom pour une si longue durée. Un traitement plus tôt aurait certainement été possible. 10. Dans votre rapport du 27.07.2006, vous signalez pour la central supérieure droite (11) "Une poche osseuse mésiale avec une grosse présence de tartre" comme étant l'explication prépondérante de la

basculer de cette dentition. Cette description ne donne aucune

- 10 - explication sur la formation du granulome dentaire interne visible sur la radiographie. Quelle est votre explication à ce manque? Est-ce que le diagnostic différentiel entre granulome dentaire externe et le granulome dentaire interne est établi? Vu l'état dentaire sur l'OPG du 2 juin 2004, l'atteinte parodontale est une cause probable du déplacement des dents. Les dents du quadrant 40 présentent des déplacements sur l'OPG du 2 juin 2004. Impossible de constater un granulome sur les radiographies à ma disposition. 11. A la suite de quelles conditions se forment ces granulomes dentaires internes? Cela correspond-il à l'historique de Madame L. \_\_\_\_\_? Les traumatismes peuvent provoquer des granulomes internes ou idiopathiques. Je ne puis confirmer cet historique avec des éléments à ma disposition. 12. En cas de maintien du désaccord sur ce diagnostic précis qui est à la base de bien-fondé de la dernière demande de prise en charge des dégâts de la zone antérieure (rapport du 29-01.2007), n'y a-t-il pas lieu de prendre un 3ème avis pour établir un degré correct de vraisemblance et permettre un jugement neutre du dossier de Madame L. \_\_\_\_\_? Une expertise par une 3ème personne peut amener un jugement plus neutre. Il sera pourtant difficile de prouver une cause probable des suites de l'accident avec délai si long entre l'accident et la proposition de traitement. 13. Avez-vous une suggestion qui va dans le sens des attentes de Madame L. \_\_\_\_\_? Je pense qu'il serait possible que la CNA réexamine sa participation si la patiente entreprend à ses frais, un traitement parodontal complet, ainsi que le remplacement de toutes les dents du maxillaire inférieur. La CNA ne prend en charge un traitement implantaire que lorsque le parodonte est sain et que l'ensemble de la denture est assaini. Avec les documents à ma disposition, le traitement proposé par le Dr P. \_\_\_\_\_ n'est pas adéquat ni économique. Si entre temps la patiente a suivi un traitement parodontal et une réhabilitation provisoire de ces deux arcades, j'estime qu'il est dans les obligations de la CNA de réexaminer le cas". Le Dr E. \_\_\_\_\_ a ensuite répondu ainsi aux questions de la CNA: "1. Quel est votre diagnostic? Sur l'OPG du 2 juin 2004, seule pièce à ma disposition, je remarque l'état de délabrement important de 45 à 48, avec restes radiculaires et perte osseuse importante. Pour le reste, l'OPC est de bien

- 11 - mauvaise qualité, mais le maxillaire supérieur présente une arcade complète avec relativement peu d'obturations. 2. Les radiographies prises à la Clinique A. \_\_\_\_\_ le 2 juin 2004, soit la veille de l'accident de Mme L. \_\_\_\_\_, modifient-elles votre appréciation du cas? Pour quelle(s) raison(s)? Oui par rapport à l'appréciation médicale du Dr R. \_\_\_\_\_, la perte des dents du côté du maxillaire inférieur droit n'est pas due à l'accident, de même pour le côté gauche. La dent 22 a une couronne fracturée. 3. Pour quels motifs ont été prises ces radiographies? L'OPG a certainement été effectué pour le problème du côté inférieur droit lié peut-être à une infection. 4. Pourquoi, selon vous, ces radiographies n'ont-elles pas été évoquées ou signalées plus tôt? Difficile de répondre, la patiente a peut-être oublié cet épisode. 5. La situation dentaire de Mme L. \_\_\_\_\_ était-elle médicalement bonne avant son accident du 3 juin 2004? Non pour le maxillaire inférieur, et certainement des troubles parodontaux importants au maxillaire supérieur. 6. Des dents manquaient-elles déjà avant l'accident du 3 juin 2004 ou ne tenaient-elles que grâce au tartre? Si oui, lesquelles? Oui les dents 36, 37 et très gros délabrement des dents 48, 47, 46. Il est possible que sur l'OPG de 2004, la dent 31 manquait déjà, cela renforce les présomptions du Dr R. \_\_\_\_\_ dans son appréciation du 27 juillet 2006. 7. Quand Mme L. \_\_\_\_\_ a-t-elle consulté pour la première fois un dentiste suite à son accident du 3 juin 2004? Le dossier ne permet pas de le dire, peut-être la 1ère consultation chez le Dr

P. \_\_\_\_\_ soit environ 2 ans après. 8. Le rapport dentaire complémentaire établi le 29 janvier 2007 par le Dr P. \_\_\_\_\_ modifie-t-il votre appréciation du cas? Pour quels motifs? Non, car son 1er rapport affirme des causalités probables en opposition avec l'OPG du 2 juin 2004. Il a très bien pu se tromper sur d'autres faits. 9. Etes vous d'accord avec les conclusions du Dr P. \_\_\_\_\_ pour qui une dizaine des dents auraient été déplacées ou perdues et deux autres dents ou racines fracturées lors de l'accident du 3 juin 2004? Il est impossible de se prononcer sur des déplacements de 10 dents, surtout 2 ans après un accident, concernant les dents fracturées seule la dent 22 est justifiée.

- 12 - 10. En cas de fracture ou de perte de dents, la douleur n'aurait-elle pas incité l'assurée à consulter un dentiste avant que ne s'écoulent près de 2 ans? Logiquement oui, le traitement sous anticoagulants n'empêche pas un traitement dentaire. Il est possible de moduler le dosage du médicament pour permettre des soins. 11. À l'aune de la vraisemblance prépondérante, les troubles dentaires de l'assurée sont-ils en relation de causalité naturelle avec l'accident du 3 juin 2004? Possible mais pas probable. 12. Quelle est la cause la plus vraisemblable des troubles dentaires de l'assurée? Le jour précédant l'accident, certainement les infections du quadrant inférieur droit et l'absence possible de l'incisive 31. Je doute que cet OPG soit du 2 juin 2004, soit un jour avant l'accident. Il y a peut-être erreur de date de la part de la clinique B. \_\_\_\_\_. 13. Avez-vous quelque chose à ajouter? Le cas est particulièrement difficile à évaluer vu le délai trop long entre l'accident et le 1er formulaire de lésion dentaire rempli par M. P. \_\_\_\_\_. Pour moi la causalité est probable pour la 22 et possible pour tout le reste". Par courrier du 10 juillet 2008, la recourante maintient ses conclusions, reprend ses précédents arguments et conteste n'avoir jamais invoqué avant 2006 les lésions dentaires résultant de l'accident du 3 juin 2004. Se référant à la radiographie du 2 juin 2004, elle conteste les conclusions du Dr E. \_\_\_\_\_ et soutient que les dents 11, 31 et 31bis n'étaient pas tombées avant l'accident. A titre de mesure d'instruction, elle requiert l'audition en qualité de témoin du Dr P. \_\_\_\_\_. Egalement par courrier du 10 juillet 2008, se référant aux réponses apportées par le Dr E. \_\_\_\_\_, la CNA maintient ses conclusions. Le 23 janvier 2009, le juge instructeur informe les parties qu'une expertise est indispensable et invite les parties à réfléchir à une transaction. Le 13 mars 2009, la CNA déclare n'accepter d'intervenir pour d'autres dents que la dent 22, refuse de donner suite à une solution transactionnelle, soutient que la cause est en état d'être jugée, estimant

- 13 - une expertise complémentaire superflue, et maintient intégralement ses conclusions et sa position. D. Le 26 novembre 2009, le juge instructeur a confié un mandat d'expertise judiciaire au Dr G. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste à Morges. Les parties ont eu l'occasion de soumettre un questionnaire à cet expert. Par courrier du 23 décembre 2009, le Dr G. \_\_\_\_\_ a relevé que le dossier de l'assurée présentait de nombreuses similitudes avec d'autres cas traités antérieurement dans la mesure où certains patients souhaitent réhabiliter complètement un état dentaire déficient aux frais de l'assurance- accidents. Il a répondu comme suit aux questions du tribunal: "1) Quels sont les troubles dentaires dont souffre Mme L. \_\_\_\_\_? Etat parodontal très déficient selon l'OPG (radiographie panoramique) du 2 juin 2004. Edentation des molaires du cadran 3 ; cadran 4 : parodontose complète des dents 45 et 46 (couronnée) et reste radiculaire de la 47. Le maxillaire supérieur est en meilleur état avec la présence de poches osseuses au niveau des dents 15, 16, 17, 25 et 26. Présence d'une 18 incluse au niveau de la tubérosité. 2) Ceux-ci sont-ils dus, de manière certaine ou vraisemblable, mais non pas seulement possible à l'accident dont elle a été

victime le 3 juin 2004? En aucune manière, l'accident du 3 juin 2004 n'aurait pu provoquer des dégâts parodontaux qui sont le résultat d'une affection chronique de plusieurs années. 3) En cas de réponse affirmative à la question 2, ces troubles sont-ils dus exclusivement à cet accident ou sont-ils dus aussi, de manière certaine ou probable, mais non pas seulement possible, à des facteurs étrangers à cet accident? 4) Dans la seconde hypothèse: a) quels sont ces facteurs étrangers? Hygiène dentaire déficiente. L'accident n'a rien à voir avec l'état parodontal. La présence d'une éventuelle maladie systémique (exemple: diabète non compensé pourrait justifier partiellement l'état parodontal. Il est fait par ailleurs mention d'un diabète détecté lors d'une prise de sang après l'accident). b) dans quelle mesure, en pour cent, les troubles de la santé sont-ils dus à l'accident, et dans quelle mesure, en pour cent, sont-ils dus à des facteurs étrangers à cet événement? 100% des troubles sont étrangers à l'accident.

- 14 - 5) Quel a été le taux d'incapacité de travail de la recourante dans sa profession habituelle depuis l'accident jusqu'à ce jour? Si ce taux a varié, veuillez indiquer les différents taux et les périodes qu'ils concernent. L'état dentaire ne justifie aucune incapacité de travail". Le Dr G. \_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions de la recourante: "1) Sur la base des radiographies de la Clinique A. \_\_\_\_\_, est-il exact que les dents 11, 31 et 31bis n'étaient pas tombées au moment de l'accident? Sur la base de la radiographie panoramique du 2 juin 2004, 11, 31 et 31bis sont présentes avant l'accident. 2) Dans quel état étaient ces dents? Satisfaisant sur le plan de l'attache parodontale. 3) En particulier, ces dents seraient-elles tombées sans le choc de l'accident du 3 juin 2004? Difficile de répondre au vu de la consultation dentaire tardive. 4) Ces trois dents étaient-elles soutenues par l'os ou uniquement par le tartre? Les 3 dents sont soutenues par l'os et, partiellement, par le tartre. 5) À propos de la dent 11, est-il exact que les radiographies précitées ne montrent ni poche ni foyer apical et que le niveau de l'os de cette dent, à l'heure actuelle, est plus bas qu'à l'époque? Au vu de la radiographie panoramique de mauvaise qualité radiologique la dent 11 ne semble pas présenter de poche évidente. 6) Dans l'affirmative, ces constatations démontrent-elles que la perte de cette dent est bien de nature post-traumatique, comme le démontre la résorption de la racine? Dent 11, pas de résorption radiovisible mais, encore une fois, difficile d'être affirmatif car la panoramique est de mauvaise qualité. 7) Sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, la perte des dents 11, 31 et 31bis est-elle en causalité naturelle avec le choc subi lors de l'accident du 3 juin 2004? Aucune relation évidente avec l'accident du 3 juin 2004 pour la perte des dents 11, 31 et 31bis. Dans sa lettre du 20 octobre 2004, le Dr K. \_\_\_\_\_ parle d'une avulsion partielle de la deuxième incisive inférieure gauche. La constatation de ce traumatisme dentaire aurait dû être effectuée par un médecin-dentiste. Je ne dispose d'aucune

- 15 - radio dentaire qui aurait pu me permettre d'établir un lien de causalité avec le choc. 8) L'expert a-t-il d'autres remarques à formuler? L'accident n'a eu aucune influence sur l'état parodontal préexistant qui résulte d'un manque d'hygiène buccale et, partiellement, de la présence d'un diabète non détecté avant l'accident". Il a ensuite répondu de la façon suivante aux questions de l'intimée: "1. Quel est votre diagnostic? Au vu de la radiographie panoramique du 2 juin 2004, on constate un état parodontal déficient, tout particulièrement au niveau du maxillaire inférieur résultant d'une hygiène dentaire déficiente pendant de nombreuses années. 2. Pour quel(s) motif(s) ont été effectuées à la Clinique A. \_\_\_\_\_ des radiographies dentaires sur Mme L. \_\_\_\_\_ le 2 juin 2004, soit la veille de son accident du 3 juin 2004? Aucune idée, probablement une pure coïncidence car la patiente ne

pouvait pas prévoir son accident du lendemain. 3. La situation dentaire de Mme L. \_\_\_\_\_ était-elle médicalement bonne avant son accident du 3 juin 2004? La situation dentaire était déficiente depuis de nombreuses années, l'état dentaire étant tout particulièrement délabré au maxillaire inférieur. 4. Comment décrivez-vous la situation dentaire antérieure à l'accident de Mme L. \_\_\_\_\_? Très délabrée au maxillaire inférieur, moyennement au maxillaire supérieur. 5. Des dents manquaient-elles déjà avant l'accident du 3 juin 2004 ou ne tenaient-elles que grâce au tartre? Si oui, lesquelles? Les dents manquantes sont les suivantes: 18 (incluse), 28, 36, 37, 38, 44, 48, 45 et 46 = condamnées et 47, présence d'un reste radiculaire. 6. En quelle date Mme L. \_\_\_\_\_ a-t-elle consulté pour la première fois un dentiste suite à son accident du 3 juin 2004? La consultation dentaire a eu lieu 2 ans après l'accident, ce qui aurait dû entraîner une non-entrée en matière de la part de la CNA. Je n'ai jamais eu à traiter, dans ma carrière, de cas de patients ayant consulté aussi tardivement après l'accident. Il va de soi que l'on peut passer quelques jours, voire quelques semaines à l'hôpital; on peut également souffrir de dépression après l'accident, ce qui peut

- 16 - entraîner une éventuelle hospitalisation mais on peut consulter un médecin-dentiste, au pire cas, après quelques semaines. 7. Etes-vous d'accord avec les conclusions du Dr P. \_\_\_\_\_ pour qui une dizaine de dents auraient été déplacées ou perdues et deux autres dents ou racines fracturées lors de l'accident du 3 juin 2004? Pas du tout d'accord avec l'affirmation du Dr P. \_\_\_\_\_. 8. En cas de fracture ou de perte de dents, la douleur n'aurait-elle pas incité l'assurée à consulter un dentiste avant que ne s'écoulent près de 2 ans? Certainement; je n'ai jamais traité un dossier d'expertise impliquant un patient qui se plaint de son état dentaire deux ans après l'accident. 9. À l'aune de la vraisemblance prépondérante, les troubles dentaires de l'assurée sont-ils en relation de causalité naturelle avec l'accident du 3 juin 2004? Dans l'affirmative, lesquels? Aucun trouble dentaire ne saurait être attribué à l'accident, mise à part une éventuelle contusion de la dent 22 et une avulsion partielle de la deuxième incisive inférieure gauche (dixit le Dr K. \_\_\_\_\_). 10. Quelle est la cause la plus vraisemblable des troubles dentaires de l'assurée? Parodontose généralisée au maxillaire inférieur entraînant une mobilité dentaire préexistante de plusieurs années à l'accident. 11. Avez-vous quelque chose à ajouter? Je suis catégorique: l'accident n'a rien à voir avec l'état dentaire de la patiente, mise à part, peut-être, une contusion de la 22. Dans la plupart des accidents de voiture, le maxillaire supérieur peut subir des dégâts, rarement le maxillaire inférieur. En cas de port de la ceinture de sécurité et de la présence d'un airbag, les contusions dentaires sont rarissimes". Enfin, le Dr G. \_\_\_\_\_ a apporté les conclusions suivantes: "1. La plainte de la patiente, 2 ans après les faits, est incompréhensible. Elle aurait dû faire l'objet d'une non-entrée en matière de la part de la CNA. 2. Le traitement proposé par le Dr P. \_\_\_\_\_ ne se justifie absolument pas. On ne va pas proposer un traitement aussi coûteux à une patiente dont l'hygiène est sujette à caution. La pose d'implants nécessite une hygiène irréprochable. Par ailleurs, la présence d'un diabète constitue également une contre-indication relative à la pose d'implants. 3. Si la CNA admet une perte de la dent 22, au vu de l'état du maxillaire supérieur, un implant peut être envisagé.

- 17 - 4. L'état précaire du maxillaire inférieur doit inciter le praticien à proposer une prothèse partielle (stellite) qui coûterait environ 2'500 fr, laboratoire inclus. 5. Le Dr P. \_\_\_\_\_, en date du 03.04.2006, signale qu'aucune dent n'est parodontosique: malgré la mauvaise qualité de la radio panoramique, il est évident que l'état des tissus de soutien des

dents est franchement mauvais, surtout au maxillaire inférieur. Un investissement de 54'180.20 fr ne saurait se justifier au vu de l'état parodontal, même si, techniquement le travail est réalisable et le devis conforme au tarif 550 à 3.10 fr le point (SUVA-SSO)". Le 27 juillet 2010, la recourante relève qu'elle n'a pas de détermination ni de complément à formuler à l'égard de l'expertise précitée. Le 28 janvier 2010, l'intimée formule des observations complémentaires et maintient ses conclusions. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). En dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31.12.2006). En l'espèce, la décision sur opposition du 30 octobre 2006 a été notifiée au plus tôt à l'assurée le 31 octobre 2006, de sorte que le recours a été déposé en temps utile, le 31 janvier 2007. Pour le surplus répondant aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale

- 18 - vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire, RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse supérieure à 30'000 fr. 2. Est en l'espèce litigieuse la question de la prise en charge par l'intimée des troubles dentaires de la recourante, ensuite de l'accident du 3 juin 2004, soit de déterminer si des prestations d'assurance doivent être allouées à ce titre. La prise en charge des frais relatifs à la fracture de la dent 22 ayant été admise par l'intimée dans la décision sur opposition du 30 octobre 2006, il faut examiner si celle-ci doit, également, assumer les lésions subies par la recourante aux dents 11, 31 et 31bis. 3. a) En vertu de 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. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; 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

- 19 - 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; 402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1; 118 V 286, consid. 1b; TF 8C\_1025/2008 du 19 octobre 2009, consid. 3.2). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (statu quo sine; cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3). 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; cf. ATF 119 V 335, consid. 2b/bb; TF 8C\_6/2009 du 30 juillet 2009, consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C\_262/2008 du 11 février 2009, consid. 2.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4; TF U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3). c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans

- 20 - un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; TF 8C\_576/2007 du 2 juin 2008 consid. 2). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C\_576/2007 du 2 juin 2008 consid. 2). d) L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références citées; VSI 2001 p. 106; TF 8C\_1021/2008 du 3 décembre 2009 consid. 2.2.2). Une pleine valeur probante doit être accordée aux appréciations émises

par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe

- 21 - administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 4. a) Se fondant notamment sur l'avis du Dr P.\_\_\_\_\_, la recourante soutient que la perte des dents 11, 31 et 31bis est en relation de causalité avec l'accident du 3 juin 2004, de sorte que l'intimée doit les prestations d'assurance à ce titre. Pour sa part, se référant pour l'essentiel aux conclusions des Drs R.\_\_\_\_\_, E.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, l'intimée conteste en substance que l'accident soit la cause de la perte de ces dents et refuse de prendre en charge les frais qui en découlent. b) Dans son rapport du 23 août 2006, le Dr P.\_\_\_\_\_ a relevé que la négation d'un lien de causalité entre les lésions dentaires de l'assurée et l'accident était invraisemblable et que la décision de la CNA contredisait les différents rapports versés au dossier. En substance, ce praticien a signalé la présence d'un granulome dentaire interne idiopathique de la dent 21 avec fistulisation vestibulaire, ne pouvant résulter que de violents traumatismes, a relevé que l'assurée avait régulièrement fait état de la perte d'éléments dentaires durant et après son hospitalisation, que les dents du quadrant 1 se retrouvant sans antagonistes, avaient probablement continué à faire égression, que l'intéressée - sous traitement anticoagulant (Sintrom) - aurait difficilement pu entreprendre une réhabilitation importante sans risques pour son état général. Dans son rapport complémentaire du 29 janvier 2007, se basant sur une radiographie du 26 janvier et mettant en cause l'avis du Dr R.\_\_\_\_\_, le Dr P.\_\_\_\_\_ a constaté que la dent 11 ne montrait ni poche ni foyer apical, que le niveau d'os de la dent 11 était clairement plus bas que sur l'opg du 03 avril 2006, de sorte que la perte relevée était donc bien post traumatique, que les dents perdues dans le segment 33-43 étaient complètement soutenues par de l'os, de sorte que seul le choc

- 22 - puissant reçu lors de l'impact avait pu amener de façon vraisemblable à la perte actuelle de ces dents. c) Dans un rapport du 27 juillet 2006, se référant notamment à un examen radiologique (OPT) effectué le 3 avril 2006, le Dr R.\_\_\_\_\_ a constaté que la denture était dans un état d'hygiène déplorable avec du tartre et relevé que la dent 11 avait une périodontite aiguë avec un abcès vestibulaire au tiers de la racine. Il a ensuite retenu que les dommages constatés et annoncés plus de deux ans après l'accident n'étaient pas en relation de causalité avec celui-ci et qu'il était tout au plus possible que l'accident ait éventuellement ébranlé certaines dents, sans en aggraver l'état, en précisant que les traitements proposés n'étaient pas adaptés au vu de l'hygiène buccale et de l'état du parodonte. Dans son rapport du 13 octobre 2006, le Dr R.\_\_\_\_\_ a maintenu son appréciation, sauf pour la fracture de la dent 22, a relevé qu'un traitement de Sintron n'exclut pas un examen dentaire avec des traitements sans extraction (traitement radiculaire par exemple) et que des dents peuvent tomber spontanément sans qu'il y ait de nécessité de consulter pour cause de parodontite importante et non de choc. d) Répondant aux questions de la recourante, le Dr E.\_\_\_\_\_ a notamment expliqué qu'il aurait proposé à l'assurée, deux ans après son accident, des soins parodontaux et une prothèse amovible provisoire pour stabiliser la situation, que les propositions de traitement du Dr P.\_\_\_\_\_ ne permettaient pas de confirmer une amélioration de l'état antérieur de l'assurée, que celle-ci avait reçu suite à son accident des médicaments pouvant très bien diminuer fortement des

douleurs dentaires, qu'elle a été sous Sintrom après son hospitalisation, médicament qui empêche des interventions chirurgicales ou des détartrages, que selon l'OPG du 2 juin 2004 l'atteinte parodontale est une cause probable du déplacement des dents sans qu'il ne soit possible de constater un granulome, que malgré une 3ème expertise il sera difficile de prouver une cause probable des suites de l'accident et que le traitement proposé par le Dr P.\_\_\_\_\_ n'est pas adéquat ni économique.

- 23 - S'agissant des questions de l'intimée, le Dr E.\_\_\_\_\_ a ensuite relevé, se fondant sur les radiographies du 2 juin 2004 que la perte des dents du côté du maxillaire inférieur n'était pas due à l'accident, que la situation dentaire de l'assurée avant l'accident était mauvaise, avec certainement des troubles parodontaux importants au maxillaire supérieur, qu'il est possible que la dent 31 manquait avant l'accident, que le 1er rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ avance des causalités probables en opposition avec l'OPG du 2 juin 2004, qu'il est impossible d'affirmer que le déplacement de 10 dents ait été causé par l'accident, qu'il est possible mais pas probable que les troubles dentaires de l'assurée soient en relation de causalité naturelle avec l'accident et que les troubles dentaires ont certainement été causés par les infections du quadrant inférieur droit et l'absence possible de l'incisive 31. e)

Répondant aux questions du tribunal, le Dr G.\_\_\_\_\_ a relevé en substance que l'accident du 3 juin 2004 n'a pas pu provoquer des dégâts parodontaux, lesquels résultent d'une affection chronique de plusieurs années, que les troubles dentaires de l'assurée sont entièrement dus à une hygiène dentaire déficiente, que l'accident n'a rien à voir avec l'état parodontal, que l'état dentaire de l'assurée pourrait résulter d'un diabète non compensé et qu'il ne justifie aucune incapacité de travail. S'agissant des questions de la recourante, le Dr G.\_\_\_\_\_ a relevé sur la base des radiographies du 2 juin 2004 que les dents 11, 31 et 31bis, soutenues par l'os et partiellement par le tartre, étaient présentes avant l'accident, qu'au vu de la radiographie panoramique de mauvaise qualité la dent 11 ne semblait pas présenter de poche évidente, qu'à l'égard d'un lien de causalité naturelle il n'y a aucune relation évidente avec l'accident du 3 juin 2004 pour la perte des dents 11, 31 et 31bis, que l'avulsion partielle de la deuxième incisive inférieure gauche mentionnée par le Dr K.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 20 octobre 2004 aurait dû être constatée par un médecin-dentiste, qu'il ne dispose d'aucune radiographie dentaire qui aurait pu permettre d'établir un lien de causalité avec le choc et que l'accident n'a eu aucune influence sur l'état parodontal préexistant,

- 24 - qui résulte d'un manque d'hygiène buccale et, partiellement, de la présence d'un diabète non détecté avant l'accident. En ce qui concerne les questions de l'intimée, le Dr G.\_\_\_\_\_ a notamment indiqué que la situation dentaire de l'assurée avant son accident du 3 juin 2004 était déficiente depuis de nombreuses années, l'état dentaire étant tout particulièrement délabré au maxillaire inférieur, moyennement au maxillaire supérieur et que la consultation dentaire avait eu lieu 2 ans après l'accident (6); il a contesté les conclusions du Dr P.\_\_\_\_\_ selon lesquelles le déplacement ou la perte d'une dizaine de dents et la fracture de deux autres dents ou racines résulte de l'accident, a relevé que la douleur en cas de fracture ou de perte de dents auraient dû inciter l'assurée à consulter un dentiste avant d'attendre deux ans, qu'aucun trouble dentaire ne saurait être attribué à l'accident, mise à part une éventuelle contusion de la dent 22 et une avulsion partielle de la deuxième incisive inférieure gauche selon le Dr K.\_\_\_\_\_ et que la cause la plus vraisemblable des troubles dentaires de l'assurée est une parodontose généralisée au maxillaire inférieur entraînant une mobilité dentaire préexistante de plusieurs années à

l'accident, relevant que l'accident n'a rien à voir avec l'état dentaire de la patiente. S'agissant de ses propres conclusions, le Dr G. \_\_\_\_\_ a relevé que le traitement proposé par le Dr P. \_\_\_\_\_ ne se justifiait absolument pas, eu égard à la mauvaise hygiène de l'assurée et à la présence d'un diabète, que malgré la mauvaise qualité de la radio panoramique du 3 avril 2006 l'état des tissus de soutien des dents est mauvais, surtout au maxillaire inférieur, et que le traitement proposé par le Dr P. \_\_\_\_\_ ne saurait se justifier au vu de l'état parodontal. 5. a) Au vu de ce qui précède, le Dr P. \_\_\_\_\_ a relevé que la négation d'un lien de causalité entre les lésions dentaires de l'assurée et l'accident du 3 juin 2004 est invraisemblable (rapport du 23.08.2006, maintenu en substance dans son rapport complémentaire du 29.01.2007).

- 25 - Selon le Dr R. \_\_\_\_\_, les dommages constatés et annoncés plus de deux ans après l'accident n'ont pas de relation de causalité avec celui-ci et il est tout au plus possible que l'accident ait éventuellement ébranlé certaines dents, sans en aggraver l'état (rapport du 27.07.2006). Il a par la suite maintenu son avis, sauf pour la fracture de la dent 22 (rapport du 13.10.2006). Pour sa part, le Dr E. \_\_\_\_\_ a relevé que malgré une 3ème expertise il sera difficile de prouver une cause probable des suites de l'accident avec un délai si long entre l'accident et la proposition de traitement (réponse à la question 12 de la recourante) et qu'il est possible mais pas probable que les troubles dentaires de l'assurée sont en relation de causalité naturelle avec l'accident (réponses aux questions 11 et 13 de l'intimée). L'expert G. \_\_\_\_\_ a relevé qu'en aucune manière l'accident n'aurait pu provoquer des dégâts parodontaux, ces derniers résultant d'une affection chronique de plusieurs années (réponse à la question 2 du tribunal), qu'à l'égard d'un lien de causalité naturelle il n'y a aucune relation évidente avec l'accident pour la perte des dents 11, 31 et 31bis, ajoutant que l'accident n'a eu aucune influence sur l'état parodontal préexistant, qui résulte d'un manque d'hygiène buccale et, partiellement, de la présence d'un diabète non détecté avant l'accident (réponses aux questions 7 et 8 de l'intimée). S'agissant des réponses apportées aux questions de l'intimée, il a ajouté qu'aucun trouble dentaire ne saurait être attribué à l'accident, mise à part une éventuelle contusion de la dent 22 et une avulsion partielle de la deuxième incisive inférieure gauche selon le Dr K. \_\_\_\_\_ (9), relevant de façon affirmative ("Je suis catégorique") que l'accident n'a rien à voir avec l'état dentaire de la patiente, hormis peut-être une contusion de la dent 22. Dès lors, contrairement aux conclusions dûment motivées - ainsi qu'on le verra ci-après - des Drs R. \_\_\_\_\_, E. \_\_\_\_\_ et surtout du Dr G. \_\_\_\_\_, seul le Dr P. \_\_\_\_\_ estime que les troubles dentaires de l'assurée ont été causés de façon prépondérante par l'accident du 3 juin 2004 et sont en lien de causalité naturelle avec cet événement. Dans ces conditions, l'admission d'un tel lien semble déjà à ce stade difficile à

- 26 - admettre, ce d'autant plus que, en tant que dentiste-traitant de l'assurée, l'avis du Dr P. \_\_\_\_\_ doit être apprécié avec les réserves d'usage. b) Certes, sur la base des radiographies du 2 juin 2004, le Dr G. \_\_\_\_\_ a relevé que les dents 11, 31 et 31bis, soutenues par l'os et partiellement par le tartre, étaient présentes avant l'accident (réponses aux questions 1 et 4 de la recourante) et le Dr E. \_\_\_\_\_ a tenu comme possible que la dent 31 était présente avant l'accident (réponse à la question 6 de l'intimée). On ne saurait cependant en déduire, s'agissant d'un lien de causalité naturelle, que la perte de ces dents a de façon prépondérante été causée par l'accident. En effet, le seul fait qu'un dommage ne se soit manifesté 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). De plus, il

ressort clairement du dossier que l'assurée présente une hygiène dentaire mauvaise, bien plus à l'origine de la perte de ces dents que l'accident dont elle a été victime. En effet, le Dr R. \_\_\_\_\_ a constaté que la denture était dans un état d'hygiène déplorable avec du tartre (rapport du 27.07.2006) puis a relevé que des dents peuvent tomber spontanément sans qu'il y ait de nécessité de consulter pour cause de parodontite importante et non de choc (rapport du 13.10.2006), tandis que le Dr E. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'OPG du 2 juin 2004 prouve que la patiente avait déjà un état dentaire très délabré (réponse à la question 4 de l'assurée) et que les troubles dentaires ont certainement été causés par les infections du quadrant inférieur droit et l'absence possible de l'incisive 31 (réponse à la question 12 de l'intimée). De même, l'expert a relevé que les dégâts parodontaux sont le résultat d'une affection chronique de plusieurs années et que les troubles dentaires de l'assurée sont entièrement dus à une hygiène dentaire déficiente (réponse à la question 4 du tribunal), que l'état parodontal préexistant résulte d'un manque d'hygiène buccale et, partiellement, de la présence d'un diabète non détecté avant l'accident (réponse à la question 8 de la recourante), que la situation dentaire de l'assurée avant son accident du 3 juin 2004 était déficiente depuis de nombreuses années, l'état dentaire étant tout

- 27 - particulièrement délabré au maxillaire inférieur, moyennement au maxillaire supérieur (réponses aux questions 3 et 4 de l'intimée), précisant que la cause la plus vraisemblable des troubles dentaires de l'assurée est une parodontose généralisée au maxillaire inférieur entraînant une mobilité dentaire préexistante de plusieurs années à l'accident (réponse à la question 10 de l'intimée). A cela s'ajoute que le Dr E. \_\_\_\_\_ a retenu que le 1er rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ affirme des causalités probables en opposition avec l'OPG du 2 juin 2004 (réponse à la question 8 de l'intimée) et qu'il est impossible d'affirmer que le déplacement de 10 dents a été causé par l'accident deux ans après celui-ci (réponse à la question 9 de l'intimée); par ailleurs, le Dr G. \_\_\_\_\_ a contesté les conclusions du Dr P. \_\_\_\_\_ selon lesquelles le déplacement ou la perte d'une dizaine de dents et la fracture de deux autres dents ou racines résulte de l'accident (réponse à la question 7 de l'intimée). Dès lors, compte tenu de l'avis déterminant des Drs R. \_\_\_\_\_, E. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, contrairement à l'avis du Dr P. \_\_\_\_\_, on retiendra que la perte des dents 11, 31 et 31bis résulte de façon prépondérante d'une mauvaise hygiène dentaire et non de l'accident du 3 juin 2004. Par ailleurs, le fait que les trois dentistes précités aient remis en cause l'adéquation ou l'utilité du traitement proposé par le dentiste traitant de l'assurée ne peut que renforcer leur position, au détriment de celle du Dr P. \_\_\_\_\_. c) Au vu du dossier, il appert que la recourante a attendu environ deux ans depuis l'accident du 3 juin 2004 avant d'entreprendre un traitement dentaire, comme l'ont relevé les Drs R. \_\_\_\_\_, E. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_, ce dernier ayant ajouté à ce sujet que la douleur en cas de fracture ou de perte de dents auraient dû inciter l'assurée à consulter un dentiste avant d'attendre deux ans (réponse à la question 8 de l'intimée). En même temps, le Dr P. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée, sous traitement anticoagulant (Sintrom), aurait difficilement pu entreprendre une réhabilitation importante sans risques pour son état général (rapport du 23.08.2006), ce qui a été confirmé par le Dr E. \_\_\_\_\_ (réponse à la question 8 de la recourante) mais nuancé par le Dr R. \_\_\_\_\_, un

- 28 - traitement de Sintrom n'excluant pas un examen dentaire avec des traitements sans extraction, radiculaire par exemple (rapport du 13.10.2006). En outre, le Dr P. \_\_\_\_\_ a noté que, suite à son admission, l'assurée avait reçu des médications antalgiques qui ont masqué la fracture et la mise à nu de la pulpe de la dent 22 jusqu'à sa perte de vitalité

(rapport du 23.08.2006) et le Dr E. \_\_\_\_\_ a expliqué que l'assurée avait reçu des médicaments suite à son accident durant son hospitalisation, qui peuvent très bien diminuer fortement des douleurs dentaires (réponse à la question 6 de la recourante). Même si la recourante bénéficiait de différents traitements médicamenteux pouvant atténuer les douleurs ou empêcher une opération dentaire, on ne peut que s'étonner, avec l'intimée, que l'intéressée ait attendu environ deux ans depuis son accident avant d'entreprendre un traitement dentaire. Il n'en devient que plus difficile de démontrer l'existence d'un lien de causalité naturelle entre cet accident et ses troubles dentaires. A cela s'ajoute que, répondant à la question 11 de l'intimée, le Dr G. \_\_\_\_\_ a relevé que, dans la plupart des accidents de voiture, le maxillaire supérieur peut subir des dégâts, rarement le maxillaire inférieur, ajoutant qu'en cas de port de la ceinture de sécurité et de la présence d'un airbag, les contusions dentaires sont rarissimes. Il s'agit là d'un élément de plus permettant de douter de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles dentaire de l'assurée. d) En ce qui concerne plus particulièrement la dent 11, se référant notamment à un examen radiologique (OPT) effectué le 3 avril 2006, le Dr R. \_\_\_\_\_ a relevé que la dent 11 avait une périodontite aiguë avec un abcès vestibulaire au tiers de la racine (rapport du 27.07.2006). Se basant sur une radiographie du 26 janvier et mettant en cause l'avis précité du dentiste conseil de la CNA, le Dr P. \_\_\_\_\_ a constaté que la dent 11 ne montrait ni poche ni foyer apical, que le niveau d'os de la dent 11 était clairement plus bas que sur l'opg du 03 avril 2006, de sorte que la perte relevée était donc bien post traumatique (rapport du 29.01.2007). Pour sa part, au vu de la radiographie panoramique, selon lui de mauvaise qualité, le Dr G. \_\_\_\_\_ a relevé que la dent 11 ne semblait pas présenter

- 29 - de poche évidente et qu'il n'y avait pas de résorption radiovisible (réponses aux questions 5 et 6 de la recourante). Cela étant, le fait que de tels troubles n'aient pu être objectivés ne saurait signifier que l'atteinte à la dent 11 a été causée par l'accident. En effet, sous l'angle d'un lien de causalité naturelle, le Dr G. \_\_\_\_\_ a affirmé qu'il n'y avait aucune relation évidente avec l'accident du 3 juin 2004 pour la perte notamment de la dent 11 (réponse à la question 7 de la recourante). S'agissant en outre de la dent 21, le Dr P. \_\_\_\_\_ a signalé la présence d'un granulome dentaire interne idiopathique avec fistulisation vestibulaire, ne pouvant résulter selon lui que de violents traumatismes (rapport du 23.08.2006). Or, à ce sujet, le Dr R. \_\_\_\_\_ a relevé que la dent 21 n'a pas un granulome interne idiopathique mais bien une profonde poche osseuse due au tartre (visible sur la radiographie) avec abcès et formation d'une fistule, ajoutant que du tartre au niveau des incisives supérieures, au niveau radicaire en plus, ne se forme pas en quelques 2 ans, précisant que cela correspond au reste de l'état parodontal inférieur avec la perte des dents des quadrants 3 et 4 (rapport du 13.10.2006). Dans ces conditions, on relèvera que l'avis du Dr P. \_\_\_\_\_ est relativisé par les affirmations, convaincantes, du dentiste- conseil de la CNA. e) Concernant les autres arguments avancés par la recourante, on relèvera que le Dr K. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait subi lors de l'accident du 3 juin 2004 les lésions d'avulsion de la 2ème incisive supérieure gauche et d'avulsion partielle de la 2ème incisive inférieure gauche, qu'elle devait encore bénéficier de soins dentaires pour les avulsions des incisives et que des soins dentaires étaient prévus (rapport du 20.10.2004). Or, ce médecin ne se prononce pas sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les lésions dentaires de l'assurée et son avis, peu motivé et étayé, ne saurait remettre en question ce qui précède. La même remarque vaut à l'égard du rapport du 11 novembre 2004 du Dr M. \_\_\_\_\_, également déposé par l'assurée. Enfin, lorsque la recourante se réfère à la radiographie du 2 juin 2004 pour remettre en cause les conclusions du Dr E. \_\_\_\_\_, on

renverra aux

- 30 - indications du Dr G. \_\_\_\_\_ (réponses aux questions 1 et 7 de la recourante), qui ne peuvent que renforcer l'avis de ce dentiste-conseil de la CNA (réponse à la question 10 de la recourante et à la question 8 de l'intimée). Pour le surplus, les autres arguments avancés par la recourante, en tant qu'ils n'ont pas été traités ci-dessus, ne sont pas déterminants pour l'issue du présent litige. 6. Il découle de ce qui précède qu'une pleine valeur probante doit être reconnue à l'expertise du Dr G. \_\_\_\_\_, de sorte que les conclusions de ce dentiste doivent être suivies. On retiendra donc que la perte des dents 11, 31 et 31bis n'a pas de façon prépondérante été causée par l'accident du 3 juin 2004 dont la recourante a été victime. Il n'y a donc pas de lien de causalité naturelle entre cet événement et la perte de ces dents, respectivement les dommages subis par ces dernières, et l'intimée n'a pas à verser de prestations supplémentaires à la recourante par rapport à la prestation qu'elle s'est engagée à lui allouer conformément à la décision sur opposition du 30 octobre 2006. Partant, le recours doit être rejeté. 7. La procédure étant gratuite, il ne sera pas perçu de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Vu l'issue du litige, la recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition du 30 octobre 2006 rendue par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

- 31 - Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Angelo Ruggiero, avocat à Lausanne (pour L. \_\_\_\_\_) - Me Didier Elsig, avocat à Lausanne (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents) - 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 :

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