

S2 22 52

JUGEMENT DU 20 AOÛT 2024

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;
Véronique Largey, greffière

en la cause

X _____, recourante

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA, intimée

(art. 6 al. 1 LAA, art. 43 al. 1 et art. 44 LPGGA ;
causalité naturelle, devoir d'instruction de l'assurance)

Faits

A. X _____ (ci-après : l'assurée), née le 24 septembre 1952, est employée depuis le 1^{er} octobre 2015 par la A _____ en tant qu'auxiliaire de santé à 50%. A ce titre, elle est assurée conformément à la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) auprès d'Allianz Suisse Société d'Assurances SA (ci-après : Allianz ou l'assurance). Selon la déclaration d'accident LAA complétée le 18 septembre 2019 par son employeur, le 7 septembre précédent, l'assurée était en train de manipuler des cartons en hauteur dans son garage lorsque l'un d'eux lui était tombé sur le visage, provoquant des douleurs, des hématomes et une dent cassée. Sous la rubrique « blessure », les indications suivantes figuraient dans cette déclaration : « partie du corps : dents, côté droit ; type de lésion : dent cassée ». Les premiers soins avaient été prodigués par la Dresse B _____, médecin-dentiste.

Le 14 octobre 2019, la Dresse B _____ a complété un questionnaire concernant les lésions dentaires LAA à l'attention d'Allianz. D'après les informations rapportées, la patiente avait reçu un carton lourd sur le visage. La première consultation avait eu lieu le 12 septembre 2019. Les dommages dus à l'accident correspondaient à une fracture de couronne sans lésion de la pulpe sur la dent 16, qui était cariée ou réparée, et à une enflure de la joue. Concernant l'état du reste de la denture, plusieurs autres dents, en sus de la dent 16, avaient été réparées. La dent 26, manquante, n'avait pas été remplacée. La dent 46, défectueuse, n'avait pas été traitée. Un pont avait été placé au niveau des dents 13 et 24. Les mesures immédiates avaient consisté en une radiographie et une extraction de la dent 16. Sur demande de la patiente, un traitement définitif sous forme d'une couronne céramo-métallique (CCM) sur implant au niveau de la dent 16 était proposé. Etaient joints à ce questionnaire une radiographie dentaire datée du 12 septembre 2019 ainsi qu'une estimation d'honoraires, établie le 8 octobre 2019 par la Dresse B _____, pour un total de 2543 fr. 75 incluant les frais de laboratoire évalués le 18 septembre précédent à 1250 francs.

Aux termes d'une correspondance envoyée le 7 janvier 2020 à l'assurée par Allianz, de l'avis du médecin-dentiste-conseil de cette assurance, un lien de causalité naturelle entre l'accident du 7 septembre 2019 et la lésion sur la dent 16 ne pouvait être établi au degré de la vraisemblance prépondérante. L'état antérieur de cette dent était la seule cause de sa fracture. La causalité naturelle n'étant pas prouvée à satisfaction de droit, Allianz niait son obligation de servir des prestations. Seuls les frais liés aux réponses à un formulaire LAA et à un devis étaient pris en charge, à hauteur de 68 fr. 20.

Dans une lettre rédigée le 21 février 2020 à l'attention d'Allianz, l'assurée s'est étonnée de la teneur du courrier de l'assurance et a demandé à celle-ci de revoir sa prise de position. De son point de vue, il y avait un rapport de causalité naturelle entre l'accident et le dommage survenu. Ce malheureux événement était l'unique cause de la lésion. L'état de la dent n'entrait pas en ligne de compte. L'assurée aurait pu la garder longtemps s'il n'y avait pas eu ce choc. Elle maintenait depuis longtemps une bonne hygiène dentaire. A la suite de la perte de cette molaire, elle avait de la peine à mâcher correctement les aliments. L'assurée a annexé à sa lettre une note d'honoraires d'un total de 116 fr. 60, établie le 20 janvier 2020 par la Dresse B _____ concernant les soins donnés le 12 septembre 2019 et comportant les postes suivants : « diagnostic du patient en urgence ; radiographie dentaire/occlusale ; anesthésie par infiltration ; extraction de dent à une racine »).

Allianz a répondu à l'assurée par courriel du 26 février 2020. D'après les indications de l'assurance, le dossier avait fait l'objet de toute la diligence nécessaire. Il avait été soumis au médecin-dentiste-conseil, le Dr C _____. En vue du réexamen du cas, l'assurée devait fournir un rapport de la Dresse B _____ précisant que la fracture de la dent était bien la conséquence de l'accident que l'assurance n'avait d'ailleurs pas remis en cause.

Le 3 mars 2020, l'assurée a écrit à Allianz que d'après sa médecin-dentiste, toutes les informations relatives à l'accident ayant provoqué la cassure de la dent avaient déjà été envoyées à l'assurance.

Aux termes d'un échange de courriels intervenu le 4 mars 2020, selon l'assurance, la Dresse B _____ s'était contentée d'envoyer à l'assurance un devis ainsi que des factures et des radiographies qui avaient été vus par le dentiste-conseil. L'assurance n'avait pas reçu d'autres documents ou lettres de la médecin-dentiste traitante. La Dresse B _____ devait toutefois prendre position sur l'avis du dentiste-conseil dans le but d'une nouvelle soumission du dossier à l'attention de celui-ci. A la connaissance de l'assurée, la Dresse B _____ avait transmis à Allianz un dossier complet comportant les causes de l'accident. L'assurée allait toutefois se renseigner une deuxième fois auprès de sa médecin-dentiste.

Le 22 mars 2020, l'assurée a demandé une nouvelle fois à l'assurance de réexaminer son dossier. Elle s'est référée à sa précédente lettre. Elle a mentionné que si des informations supplémentaires étaient nécessaires, la Dresse B _____ restait à disposition.

En date du 28 mai 2020, Allianz a requis de cette médecin-dentiste le dossier de l'assurée avec les radiographies de la dent lésée en format CD.

La Dresse B _____ a envoyé à l'assurance, le 2 juin 2020, un CD avec deux radiographies de la dent 16 en cause. Elle a ajouté que le dossier de sa patiente devait rester en sa possession, que toutes les informations nécessaires à une prise de position par le dentiste-conseil se trouvaient dans la déclaration adressée à Allianz le 14 octobre 2019 et que si celui-ci avait besoin de renseignements supplémentaires, il pouvait la contacter par téléphone.

Dans son avis communiqué le 22 juillet 2020 à Allianz, le Dr C _____, médecin-dentiste, a exposé ce qui suit. La radiographie montrait que la dent 16 avait été fortement réparée, par le biais d'une reconstitution sur une dent ayant subi un traitement radiculaire, et qu'il y avait un déchaussement marqué. Même avec une bonne hygiène dentaire, la résistance de la dent était fortement diminuée. La chute d'un carton sur la joue ne pouvait provoquer une telle fracture de la première molaire supérieure, sauf si celle-ci était déjà fissurée. Des fissures sur une dent dévitalisée sans couronne posée pouvaient apparaître déjà en dessous d'une force de mastication de cent kilos par centimètre carré, alors que les forces de la mastication pouvaient atteindre deux-cent-cinquante kilos par centimètre carré. Le pronostic de cette dent était déjà réservé avant l'événement accidentel, ce que la Dresse B _____ ne pouvait que confirmer. Il n'y avait donc pas de lien de causalité naturelle avec celui-ci et une prise en charge par l'assurance ne pouvait être envisagée.

B. Par décision du 24 août 2020, Allianz a refusé à l'assurée l'octroi de prestations. Elle a rappelé les faits principaux du cas ainsi que la teneur du rapport établi le 22 juillet précédent par son dentiste-conseil. Elle a expliqué qu'en vertu de l'article 6 alinéa 1 LAA, l'obligation de l'assureur-accidents d'allouer des prestations supposait l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et le dommage survenu et que de l'avis du dentiste-conseil, un lien entre l'accident du 7 septembre 2019 et la fracture de la dent 16 ne pouvait être établi avec une vraisemblance prépondérante.

Le 14 septembre 2020, l'assurée a fait opposition à cette décision. Elle a maintenu que l'accident était l'unique cause de la cassure de la dent, indépendamment de l'état antérieur de cette dent. A suivre l'argumentation de l'assurée, le dentiste-conseil de l'assurance avait attribué la fracture à l'état de la dent en question, déchaussée et réparée avant l'accident. La première molaire supérieure était en bon état avant

l'accident, puisqu'elle avait été réparée. Cette dent n'était pas fissurée et, si tel avait été le cas, elle aurait été soignée sans recours à l'assurance-accidents.

Après plusieurs rappels de l'assurée et réponses y relatives de l'assurance entre le 15 décembre 2020 et le 10 février 2022, Allianz a, par décision du 25 mai 2022, rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 24 août 2020. D'après les éléments exposés par l'assurance, cette décision reposait notamment sur les conclusions du médecin-dentiste-conseil. Dans son opposition, l'assurée n'avait apporté aucun indice concret propre à remettre en cause la fiabilité de ces conclusions. Se référant à l'avis de la Dresse B _____, elle avait estimé que la lésion de sa dent était en lien de causalité avec l'accident. Toutefois, dans son rapport du 2 juin 2020, cette praticienne n'avait pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales, ni même évoqué, une telle relation de causalité naturelle. De plus, l'argumentation dite « *post hoc ergo propter hoc* », selon laquelle une atteinte à la santé était considérée comme la conséquence d'un accident simplement parce qu'elle était survenue après celui-ci, ne constituait pas une preuve suffisante de l'existence d'un rapport de causalité naturelle. De toute manière, de par leur relation de mandat avec leur patients, les médecins traitants ne procédaient pas à une évaluation objective de la situation permettant d'aboutir à une décision finale sur les prestations d'assurance. C'était donc à bon droit que l'assurance s'était fondée sur l'appréciation de son médecin-dentiste-conseil pour rendre le prononcé litigieux. Il ne se justifiait dès lors pas d'instruire davantage le présent cas dans le cadre de la procédure d'opposition.

C. Par courrier daté du 22 juin 2022 et posté le lendemain, X _____ a indiqué à la Cour de céans qu'elle s'opposait à la décision rendue le 25 mai précédent par Allianz. Elle a demandé un délai supplémentaire pour motiver son recours sur la base du dossier de l'assurance qu'elle n'avait pas encore reçu.

Un délai de dix jours dès réception de la communication de la Cour du 24 juin 2022 a été imparti à la recourante pour déposer un recours en bonne et due forme, sous peine d'irrecevabilité.

Le 30 juin 2022, la recourante a déposé céans le dossier que l'assurance lui avait fait parvenir le 23 juin précédent. Elle a en outre fait valoir ce qui suit. Depuis septembre 2019, elle s'opposait en vain aux décisions prises par Allianz et fondées sur l'avis du médecin-dentiste-conseil de cette assurance, qui contestait tout lien entre l'accident et la fracture de la première molaire supérieure droite. Sa dentiste traitante, la Dresse

B _____, l'avait toujours soutenue et savait que cette dent était réparée et soignée au moment des faits.

En date du 12 septembre 2022, Allianz a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle a ajouté que ce recours ne comportait pas d'éléments nouveaux et qu'afin d'éviter d'inutiles redites, elle se référait intégralement à sa décision sur opposition du 25 mai 2022. En réponse à une question de la Cour, elle a précisé que par rapport à son dossier tel que déposé par la recourante, il n'y avait pas de pièces manquantes et/ou postérieures au 23 juin 2022.

Après avoir obtenu des renseignements de la Cour au sujet de la conclusion de l'intimée relative aux frais et dépens, la recourante a informé la Cour, par lettre du 23 octobre 2022, qu'elle maintenait son recours et qu'elle n'avait rien d'autre à faire valoir.

Le 25 octobre 2022, l'échange d'écritures a été clos.

En date du 29 octobre suivant, la recourante a encore allégué qu'une fente labiale gauche de naissance avait nécessité la reconstruction de la gencive supérieure ainsi que la pose d'un pont fixe de cinq dents par la Dresse B _____.

Il a été procédé à la réouverture de l'échange d'écritures le 8 novembre 2022.

Relativement à l'information récemment communiquée par la recourante, un rapport établi le 5 décembre 2022 par la Dresse B _____ avait la teneur suivante : « Cette patiente souffrait d'une fente palatine et il lui manquait des dents antérieures. Une première réhabilitation par une prothèse amovible de type châssis avait été réalisée en 1998. En 2007, la patiente avait subi une intervention chirurgicale avec greffe afin de fermer complètement sa fente palatine et en 2008, j'ai réalisé en 13 à 24 ».

Dans ses observations du 26 janvier 2023, l'intimée a maintenu ses précédentes conclusions. Elle a mentionné que dans son courrier du 5 décembre 2022, la Dresse B _____ n'établissait pas, ni même n'évoquait, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les atteintes de la recourante et l'accident.

L'échange d'écritures a été à nouveau clos le 27 janvier 2023.

Considérant en droit

1.

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Posté le 23 juin 2022 et complété le 30 juin suivant, le présent recours contre de la décision sur opposition du 25 mai précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2.

Le présent litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre qu'Allianz a refusé à l'assurée l'octroi de prestations d'assurance, au motif qu'il n'existait pas de rapport de causalité naturelle pour le moins vraisemblable entre l'accident du 7 septembre 2019 et la fracture de la dent 16.

2.1 Est réputée 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 (art. 4 LPGA). Si la présente 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 (art. 6 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 (art. 36 al. 1 LAA).

La décision entreprise expose déjà les développements jurisprudentiels relatifs au lien de causalité naturelle entre un événement accidentel et des troubles physiques subséquents, lequel doit être établi au degré probatoire de la vraisemblance prépondérante applicable dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1, ATF 119 V 335 consid. 1 et 115 V 403 consid. 3) qui n'est pas atteint par le biais du raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb, RAMA 1999 no U 341 p. 407 consid. 3b, arrêts du Tribunal fédéral 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2, 8C_406/2009 du 9 avril 2010 consid. 3.2.3 et 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Pour rappel, un tel lien de causalité

naturelle existe lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. En outre, de l'article 36 alinéa 1 LAA, dont la décision entreprise ne dit mot, a été développée la jurisprudence constante en matière de *statu quo ante/sine*. 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 no U 206 p. 326 consid. 3b, 1992 no U 142 p. 75).

2.2 Selon l'article 43 alinéa 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. A teneur de l'article 44 LPGA, dans sa teneur depuis le 1^{er} janvier 2022 (cf. annexe ch. 1 de la loi fédérale du 19 juin 2020 [Développement continu de l'AI ; RO 2021 705 ; FF 2017 2363]), si l'assureur juge une expertise nécessaire dans le cadre de mesures d'instruction médicale, il en fixe le type selon les exigences requises ; trois types sont possibles : expertise monodisciplinaire (art. 44 al. 1 let. a LPGA) ; expertise bidisciplinaire (art. 44 al. 1 let. b LPGA) ; expertise pluridisciplinaire (art. 44 al. 1 let. c LPGA). Si l'assureur doit recourir aux services d'un ou de plusieurs experts indépendants pour élucider les faits dans le cadre d'une expertise, il communique leur nom aux parties. Les parties peuvent récuser les experts pour les motifs indiqués à l'article 36 alinéa 1 et présenter des contre-propositions dans un délai de dix jours (art. 44 al. 2 LPGA). Lorsqu'il communique le nom des experts, l'assureur soumet aussi aux parties les questions qu'il entend poser aux experts et leur signale qu'elles ont la possibilité de remettre par écrit des questions supplémentaires dans le même délai. L'assureur décide en dernier ressort des questions qui sont posées aux experts (art. 44 al. 3 LPGA). Dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2021, l'article 44 LPGA prévoyait ce qui suit : « Si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-

ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions ».

Dans la décision sur opposition du 25 mai 2022, Allianz a repris les exigences jurisprudentielles posées pour la valeur probante d'un rapport médical au considérant 3a de l'arrêt de principe paru aux ATF 125 V 351. Cette assurance a explicité également la notion d'appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 et arrêts du Tribunal fédéral 8C_172/2012 du 14 mars 2013 consid. 3 et les références, 9C_962/2010 du 1^{er} septembre 2011 consid. 4.1 et 9C_966/2010 du 29 avril 2011 consid. 2.2). Il peut être fait référence aux développements correspondants. Il convient toutefois de rappeler les passages topiques d'un autre arrêt de principe paru aux ATF 135 V 465 concernant l'appréciation des preuves : « Même si la jurisprudence a toujours reconnu valeur probante aux rapports des médecins internes à une assurance, il convient cependant de relever qu'en pratique, ces appréciations ne revêtent pas la même force probante qu'une expertise ordonnée par un tribunal ou par un assureur dans le cadre de la procédure selon l'article 44 LPGA » (...). « Le tribunal devrait accorder entière valeur probante à cette dernière catégorie d'expertise émanant de spécialistes externes, pour autant qu'elle remplisse les exigences jurisprudentielles et qu'il n'existe pas d'indice concret à l'encontre de sa fiabilité » (...). « Si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires » (consid. 4.4) (...). « Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante, et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait d'expérience que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige » (consid. 4.5) (...). « Cependant, afin que la personne assurée dispose d'une chance raisonnable de soumettre son cas au tribunal sans être manifestement désavantagée vis-à-vis de l'assureur et s'il subsiste un doute tel que mentionné plus haut, il ne peut être procédé à une appréciation concluante sur la base, d'une part, des rapports produits par la personne assurée et, d'autre part, de ceux émanant des médecins internes à

l'assurance. Pour écarter ce doute, il incombera alors au tribunal d'ordonner une expertise judiciaire ou de renvoyer l'affaire à l'assureur en vue de la mise en œuvre d'une expertise selon la procédure prévue par l'article 44 LPGA » (consid. 4.6).

2.3 Aux termes de l'article 6 alinéa 1 et de l'article 36 alinéa 1 LAA ainsi que de la jurisprudence relative à ces deux dispositions, les prestations d'assurance-accidents pour soins doivent être pleinement allouées même si l'accident n'est pas la cause unique de l'atteinte à la santé mais que, associé éventuellement à d'autres facteurs, il a provoqué l'atteinte à la santé ou aggravé un état maladif préexistant.

Dans son courriel du 26 février 2020, Allianz a souligné à juste titre qu'elle n'avait pas remis en cause la survenance de l'événement accidentel. Or, selon la déclaration d'accident LAA complétée le 18 septembre 2019 par l'employeur de l'assurée, en date du 7 septembre précédent, celle-ci était en train de manipuler des cartons en hauteur dans son garage lorsque l'un d'eux lui était tombé sur le visage, provoquant des douleurs, des hématomes et une dent cassée. Sous la rubrique « blessure », les indications suivantes figuraient dans cette déclaration : « partie du corps : dents, côté droit ; type de lésion : dent cassée ». Les premiers soins avaient été prodigués par la Dresse B _____, médecin-dentiste. Lors de l'échange de communications électroniques du 4 mars 2020 entre les parties, Allianz a indiqué que la Dresse B _____ s'était contentée de lui envoyer un devis ainsi que des factures et des radiographies, qui avaient été vus par le dentiste-conseil de l'assurance, mais que celle-ci n'avait pas reçu d'autres documents ou lettres de la médecin-dentiste traitante. Cette affirmation n'est pas exacte. Comme l'assurée l'a écrit à Allianz en dates des 3 et 4 mars 2020, sa médecin-dentiste avait déjà communiqué à l'assurance tous les éléments relatifs à l'accident ayant provoqué la cassure de la dent en question. Le 2 juin 2020, la Dresse B _____ a elle-même rappelé à Allianz qu'elle avait complété et adressé à celle-ci, le 14 octobre 2019, un questionnaire concernant les lésions dentaires LAA, lequel comportait toutes les informations nécessaires à une prise de position par le dentiste-conseil de l'assurance. D'après les renseignements figurant dans ce document, la patiente avait reçu un carton lourd sur le visage. La première consultation avait eu lieu le 12 septembre 2019. Les dommages dus à l'accident correspondaient à une fracture de couronne sans lésion de la pulpe sur la dent 16, qui était cariée ou réparée, et à une enflure de la joue. Les mesures immédiates avaient consisté en une radiographie, d'ailleurs imprimée sur papier et jointe au questionnaire précité, et une extraction de la dent 16. A sa lettre du 21 février 2020, l'assurée a annexé une note d'honoraires d'un total de 116 fr. 60, établie le 20 janvier 2020 par la Dresse B _____ concernant les

soins prodigués le 12 septembre 2019, laquelle comportaient les postes suivants : « diagnostic du patient en urgence ; radiographie dentaire/occlusale ; anesthésie par infiltration ; extraction de dent à une racine ». Dans la décision entreprise, Allianz a relevé que dans son rapport du 2 juin 2020, la Dresse B _____ n'avait pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales, ni même évoqué, une relation de causalité naturelle entre l'accident du 7 septembre 2019 et la fracture de la dent 16. Ce document daté du 2 juin 2020 n'est pas un rapport de cette médecin-dentiste mais un simple courrier de transmission d'un CD avec deux radiographies de la dent 16 de sa patiente, en réponse à la demande correspondante de l'assurance du 28 mai précédent. En revanche, dans le questionnaire concernant les lésions dentaires LAA spécialement conçu par Allianz, sous la rubrique consacrée aux dommages dus à l'accident, la médecin-dentiste traitante a expressément rapporté une fracture de couronne sans lésion de la pulpe sur la dent 16, qui était cariée ou réparée, ainsi qu'une enflure de la joue. Compte tenu de cette information claire, les exigences formulées par Allianz, dans ses courriels des 26 février et 4 mars 2020, au sujet de l'envoi d'un rapport de la Dresse B _____ précisant que la fracture de la dent était bien la conséquence de l'accident ou d'une prise de position de cette praticienne sur l'avis du dentiste-conseil apparaissent excessives, voire superflues.

Dans sa correspondance du 7 janvier 2020 puis ses décisions des 24 août 2020 et 25 mai 2022, Allianz a nié son obligation de servir des prestations, en se fondant sur l'avis de son médecin-dentiste-conseil. D'après celui-ci, un lien de causalité naturelle entre l'accident du 7 septembre 2019 et la lésion sur la dent 16 ne pouvait être établi au degré de la vraisemblance prépondérante. L'état antérieur de cette dent était la seule cause de sa fracture. Si tel était toutefois le cas, se pose la question de savoir pourquoi cette fracture ne s'est pas produite avant l'accident du 7 septembre 2019. Dans sa prise de position adressée le 22 juillet 2020 à l'assurance, ce dentiste a relevé ce qui suit. Une réparation importante et un déchaussement marqué étaient visibles sur la radiographie de la dent 16. La résistance de la dent était ainsi fortement diminuée. La chute d'un carton sur la joue ne pouvait provoquer une telle fracture de la première molaire supérieure, sauf si celle-ci était déjà fissurée. Dans les explications qui suivaient, le Dr C _____ a semblé retenir qu'il y avait des fissures sur cette dent avant l'accident du 7 septembre 2019. Il a en tout cas indiqué que le pronostic de la dent en question était déjà réservé avant l'événement accidentel. A suivre son raisonnement, les circonstances de l'accident du 7 septembre 2019 étaient donc bien de nature à entraîner une cassure de la dent 16, déjà fragilisée. Or, tel qu'il a été exposé ci-dessus concernant l'article 6 alinéa 1 et l'article 36 alinéa 1 LAA, l'origine accidentelle même partielle d'une

atteinte à la santé suffit à justifier la prise en charge pleine et entière, par l'assureur-accidents, des frais de traitement de l'atteinte en question. Les conclusions émises le 22 juillet 2020 par le dentiste-conseil de l'assurance, selon lesquelles il n'y avait pas de lien de causalité naturelle avec l'accident et une prise en charge par l'assurance ne pouvait être envisagée, ne sont donc pas conformes à ces dispositions légales et à la jurisprudence y relative. Apparaissent plus cohérents les arguments invoqués par l'assurée elle-même, dans sa lettre du 21 février 2020 et son opposition du 14 septembre suivant. Aux termes de ceux-ci, il y avait un rapport de causalité naturelle entre l'accident et le dommage survenu. Ce malheureux événement était l'unique cause de la lésion. L'état de la dent n'entraîne pas en ligne de compte. L'assurée aurait pu la garder longtemps s'il n'y avait pas eu ce choc. Il semble en effet que si celle-ci n'avait pas reçu un carton sur le visage le 7 septembre 2019, elle n'aurait pas consulté en urgence sa médecin-dentiste le 12 septembre suivant, laquelle a alors constaté une enflure de la joue et une fracture de la dent 16, effectué une radiographie de cette dent puis procédé à son extraction.

2.4 Au vu de ce qui précède, même en présence d'un état maladif préexistant sur la dentition de la recourante, d'ailleurs décrit par la Dresse B _____ dans le questionnaire complété le 14 octobre 2019 et encore précisé dans le courrier du 5 décembre 2022, les réponses alors données par cette médecin-dentiste, associées aux indications figurant sur la déclaration d'accident du 18 septembre 2019 et la note d'honoraires du 20 janvier 2020, semblent suffisantes pour établir au degré de la vraisemblance prépondérante un rapport de causalité naturelle, à tout le moins partiel, entre l'accident du 7 septembre 2019 et la fracture de la dent 16. Si la fracture a peut-être été favorisée par l'état antérieur de cette dent, il apparaît que c'est l'événement accidentel en soi qui l'a provoquée. Allianz devrait en conséquence prendre totalement en charge les frais des traitements effectués sur la dent 16 de l'assurée à la suite de l'accident en question.

Contrairement à ce que l'assurance a exposé dans la décision querellée, la référence toute théorique au principe « *post hoc ergo propter hoc* » et à la relation de mandat entre les médecins traitants et leurs patients ne permettait pas de nier purement et simplement un tel rapport de causalité. Les éléments soulignés au paragraphe précédent constituaient au minimum des indices concrets propres à faire douter de la pertinence de l'appréciation rédigée le 22 juillet 2020 par le dentiste-conseil de l'assurance. Il a du reste été retenu plus haut que cette prise de position n'était ni fiable ni fondée. En conséquence, si l'intimée estime que les éléments précités ne sont pas propres à justifier

l'admission d'un lien de causalité naturelle au moins partiel entre l'accident et l'atteinte à la santé, il lui appartient alors, compte tenu de son obligation d'instruction d'office prévue à l'article 43 alinéa 1 LPGA, de soumettre le dossier de l'assurée à un(e) médecin-dentiste indépendant(e), dans le respect de la procédure décrite à l'article 44 LPGA, afin d'éclaircir la question de la causalité naturelle entre l'événement accidentel datant déjà d'il y a bientôt cinq ans et la fracture de la dent 16 de l'assurée.

3.

3.1 Partant, le recours est admis et la décision sur opposition prononcée le 25 mai 2022 par Allianz est annulée. Le dossier est renvoyé à celle-ci afin qu'elle procède conformément au considérant 2.4.

3.2 En application de l'article 61 lettre f^{bis} LPGA, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2021, et compte tenu du fait que la LAA n'en prévoit pas, il n'est pas perçu de frais judiciaires dans le présent litige portant sur des prestations de l'assurance-accidents.

Prononce

1. Le recours est admis et la décision sur opposition d'Allianz Suisse Société d'Assurances SA du 25 mai 2022 est annulée.
2. Le dossier est renvoyé à Allianz Suisse Société d'Assurances SA afin que cette assurance procède conformément au considérant 2.4 du présent jugement.
3. Il n'est pas perçu de frais.

Sion, le 20 août 2024