

GE_GERICHTE ATAS/36/2013 vom 22. Januar 2013

GE Cour de justice, 2013-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_36_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/36/2013 du 22 janvier 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/36/2013 del 22 gennaio 2013

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 LAMal, dont celui des tarifs, prix et budget global (art. 43 à 55 LAMal).

E. 3

A titre préalable, il sied de relever que contrairement à ce qui a été indiqué par la recourante en tête de son recours, la décision sub judice a été rendue par MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA et non MUTUEL ASSURANCES. Certes, il est vrai qu'en 2009, c'est auprès de cette dernière que la recourante s'est affiliée pour l'assurance-maladie obligatoire. Néanmoins, l'intimée a documenté le fait que le portefeuille LAMal de MUTUEL ASSURANCES avait été transféré, avec effet au 1er janvier 2011, à MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA après approbation de toutes les autorités fédérales compétentes, raison pour laquelle tant la décision initiale du 18 août 2011 que la décision sur opposition du 26 avril 2012, toutes deux postérieures audit transfert, ont été rendues par MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA. Partant, la Cour de céans procédera préalablement à la rectification de la qualité de l'intimée, en ce sens que MUTUEL ASSURANCES devient MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA.

E. 4

Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente et dans la forme requise par la loi, le recours est recevable (art. 56 al. 1, 58 al. 1 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10)).

E. 5

Le litige porte sur la question de savoir si le traitement dentaire subi par la recourante doit être pris en charge en totalité ou partie par l'assurance obligatoire des soins, singulièrement si les lésions ou affections dentaires alléguées par la recourante sont avérées, et dans l'affirmative, si elles sont en lien de causalité avec l'accident du 18 décembre 2009.

E. 6

En vertu de l'art. 31 al. 2 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un

A/1670/2012 - 14/24 - accident selon l'art. 1a al. 2 let. b LAMal. Cette dernière disposition prévoit quant à elle que l'assurance-maladie sociale alloue des prestations en cas d'accident (art. 4 LPGa), dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge.

E. 7

a) Selon l'art. 4 LPGa, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. b) En ce qui concerne le lien de causalité entre les lésions et un accident, il y a lieu de se référer à la jurisprudence rendue dans le cadre de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20). c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). d) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 2.2; ATF 125 V 460 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; ATF non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

A/1670/2012 - 15/24 -

E. 8

Selon la jurisprudence dite des «premières déclarations ou des déclarations de la première heure», qui s'applique de manière générale en matière d'assurances sociales (ATF non publié 9C_663/2009 du 1er février 2010 et les références), en présence de deux versions

différentes et contradictoires d'un fait, la préférence soit accordée à celle que l'assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47).

E. 9

a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus haute dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, 2000, p. 268). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge

A/1670/2012 - 16/24 - ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des

assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). f) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; ATFA non publié I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). g) Le simple fait qu'un certificat médical est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Une expertise présentée par une partie peut donc également valoir comme moyen de preuve. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal. Cette jurisprudence s'applique aussi bien lorsqu'un

A/1670/2012 - 17/24 - assuré entend remettre en cause, au moyen d'une expertise privée, les conclusions d'une expertise aménagée par l'assureur-accidents ou par un office de l'assurance- invalidité (ATF 125 V 351 consid. 3c ; ATFA non publié I 321/03 du 29 octobre 2003, consid. 3.1 et ATF non publié 8C_558/2008 du 17 mars 2009, consid. 2.4.2). h) Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 360 consid. 5b; ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 10

Il sied de relever liminairement qu'aucune assurance-accident n'assume la prise en charge du traitement incriminé, dont il est allégué qu'il est la conséquence d'un accident. C'est donc bien l'assurance-maladie qui pourrait, le cas échéant, être amenée à rembourser le traitement dentaire de la recourante

E. 11

a) En l'espèce, l'intimée s'est basée sur l'expertise du Dr. S _____ du 30 mars 2012 et la détermination de son médecin-conseil du 24 juillet 2011 pour refuser la prise en charge du traitement dentaire. b) L'expert est parvenu à la conclusion qu'en juin 2010, à part le granulome sur la dent 12, déjà visible sur une radiographie datée du 4 novembre 2004 et ne constituant pas une indication d'extraction, la recourante ne souffrait d'aucune pathologie dentaire particulière. Il n'y avait ainsi aucune indication radiologique de fracture des dents 11 et 12 ou de l'os dans les radiographies effectuées par le Dr. N _____ avant l'extraction desdites dents. De plus, une telle fracture aurait dû susciter des signes d'appel clinique tels que douleurs, mobilités, inflammations gingivales et/ou saignements, ce qui n'avait pas été le cas en l'espèce. Le médecin-dentiste avait d'ailleurs eu beaucoup de difficultés à extraire lesdites dents. De ce fait, il n'y avait pas de lien de causalité directe entre l'accident du 18 décembre 2009 et l'extraction des dents 11 et 12 de la recourante et l'intimée n'était pas tenue de prendre en charge le traitement dentaire de la recourante. c) Le médecin-dentiste conseil de l'intimée est arrivé à la même conclusion, en faisant les mêmes remarques que l'expert s'agissant de l'absence d'indication de fractures - de racine, de rebord alvéolaire ou de couronnes prothétiques - sur les radiographies effectuées en juin 2010 par le médecin-dentiste traitant de la recourante et l'absence de mobilité et de saignements.

A/1670/2012 - 18/24 -

E. 12

Dans un premier temps, il convient donc de déterminer si l'expertise du Dr. S _____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, et, dans l'affirmative, si les arguments de la recourante à son encontre, et les rapports auxquels elle renvoie pour ce faire sont propres à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert.

E. 13

a) L'expertise susmentionnée a été confiée à un expert indépendant choisi d'accord entre les parties. La recourante a pu spécifier les questions qu'elle souhaitait voir examinées par le Dr. S _____ avant que celui-ci y procède. Le Dr. S _____ a clairement indiqué l'historique des faits, les différents examens subis par la recourante, les divers documents composant le dossier, ainsi que les plaintes de la recourante. Il a également examiné personnellement la recourante dans le cadre de son expertise, a rapporté ses déclarations et a répondu à toutes les questions posées par son conseil. Les réponses de l'expert sont précises et ses conclusions claires et bien motivées. Par conséquent, au vu de la jurisprudence susmentionnée, la Cour de céans considère que ce document a pleine valeur probante. b) La recourante ne conteste d'ailleurs pas les éléments cités ci-dessus en tant que tels. Elle estime malgré tout que cette expertise ne doit pas se voir reconnaître une pleine valeur probante pour les raisons suivantes. ba) Elle affirme tout d'abord que l'expert n'a pas tenu compte, à tort, du mécanisme de l'accident, propre à engendrer les lésions dentaires qu'elles a subies, dans la mesure où elle a été violemment projetée au sol après avoir reçu la vitrine sur la tête. Or, à la lecture de l'expertise, singulièrement, des paragraphes Q2 et Q3, il apparaît que le Dr. S _____ a bien tenu compte dudit mécanisme - se fondant sur les déclarations de la recourante selon lesquelles elle était tombée à genoux - et a tout de même exclu tout lien de causalité entre l'accident et les lésions litigieuses. Certes, la recourante entendait peut-être, par mécanisme de l'accident, le fait qu'elle aurait été violemment projetée au sol. La Cour de céans soulignera toutefois que cette mention n'est

apparue que le 21 avril 2011, après que la recourante a mandaté son conseil actuel. Rien de tel ne ressort ainsi de sa déclaration d'accident du 11 janvier 2010, du premier rapport médical établi après l'accident, à savoir celui de la Dresse L_____ du 23 avril 2010, du rapport du Dr. Q_____ du 9 novembre 2010, ou même du courrier du premier conseil de la recourante du 20 octobre 2010 à l'attention de ce dernier.

A/1670/2012 - 19/24 - Ainsi, en vertu du principe des déclarations de la première heure, c'est à bon droit que l'expert n'a pas pris en compte l'adjonction susmentionnée au déroulement des faits. En tout état de cause, même si la conclusion ci-dessus avait été différente, il n'en demeure pas moins que le simple fait d'être projeté au sol, violemment ou pas, n'engendre pas forcément un choc sur les dents. Or, la recourante n'a jamais fait valoir que ses mâchoires se seraient entrechoquées ou qu'elle aurait chuté sur son menton ou ses dents. Partant, l'argument de la recourante quant au mécanisme de l'accident n'est pas propre à mettre en doute la valeur probante de l'expertise du Dr. S_____ du 30 mars 2012.

bb) La recourante souligne par ailleurs que l'expert a erré en considérant qu'aucune douleur dentaire et aucune mobilité au niveau des dents ne se sont manifestées dans les mois qui ont suivi l'accident. Le Dr. Q_____ a en effet déclaré, dans son rapport du 15 septembre 2001, que sa patiente s'était plainte de l'affection dentaire dès la première consultation post accident. Par ailleurs, l'examen clinique du Dr. N_____ de juin 2010 avait mis en évidence les fortes douleurs dont elle souffrait et une mobilité des dents qui l'avaient obligé à constater les fractures litigieuses. Cet argument ne saurait être suivi. S'agissant tout d'abord du Dr. Q_____, il sied de relever qu'il est un des médecins traitants de la recourante, qui plus est ophtalmologue et non médecin- dentiste. De ce fait, son diagnostic ne saurait se voir reconnaître la même portée que celui d'un spécialiste en médecine dentaire, a fortiori lorsque le premier rapport établi par ce même médecin-dentiste traitant faisant état de ce diagnostic est établi le 9 novembre 2010, soit postérieurement au refus d'entrer en matière sur le remboursement du traitement dentaire par l'intimée du 18 octobre 2010. En tout état de cause, les différents rapports du Dr. Q_____ ne laissent apparaître aucune mention d'une mobilité des dents 11 et 12 ou de saignements buccaux. Plus important encore, ils font tous état d'une affection dentaire, et non d'une lésion traumatique (telle qu'une fracture), ou d'algies dentaires. Cela est d'autant plus déterminant que le médecin a spécifié, dans les mêmes documents, que sa patiente souffrait d'«algies» (ie douleurs) faciales. Le terme «affection» et non «algie» dentaire n'a donc pas été choisi par hasard par le médecin mais bien à dessein. Cela est d'autant plus vrai que ce terme désigne généralement notamment les inflammations du parodonte. Or, un granulome péri-

A/1670/2012 - 20/24 - apical est précisément un exemple d'inflammation du parodonte (LSFARGUES, MACHTOU, Pathogénèse des lésions périapicales, disponible sur <http://www.information-dentaire.fr/pdf/RCvol12n2p139.pdf>; consulté le 20 décembre 2012). La recourante souffrant, depuis 2004, d'un granulome péri-apical de la dent n° 12, soit une infection se situant à la racine de la dent n° 12, le diagnostic d'affection dentaire posé par le Dr. Q_____ ne saurait donc ébranler les conclusions de l'expert s'agissant de l'absence de signes cliniques laissant apparaître l'existence d'une fracture des dents n° 11 et 12 ou de l'os. Cela vaut d'autant plus que contrairement aux algies faciales, dont le Dr. Q_____ précise qu'elles sont "directement en relation avec l'accident", rien de tel n'est spécifié en relation avec l'affection dentaire. Quoi qu'il en soit, il est déterminant de relever que ni la déclaration d'accident remplie par la recourante le 11 janvier 2010, ni le rapport de la Dresse L_____ du 23 avril 2010, ni encore les

déclarations de la recourante elle-même telles que retranscrites dans l'expertise du Dr. S_____ du 30 mars 2012 ne font état de mobilité ou douleurs dentaires. Certes, la recourante souligne que lorsqu'elle a rempli la déclaration d'accident, elle n'avait pas encore consulté de médecin-dentiste, et ne pouvait donc pas faire état des fractures constatées subséquemment par le Dr. N_____. Il n'est toutefois pas nécessaire de consulter un dentiste pour rapporter des douleurs au niveau des dents, ou le fait que ces dernières bougent, ce d'autant plus que la recourante a été tout à fait à même de décrire les douleurs affectant d'autres parties de son corps. Au contraire, ainsi que l'a expliqué l'expert dans son rapport du 30 mars 2012, lorsque le Dr. Q_____, déconcerté par les douleurs de la recourante dans les régions de la tête, du cou et du dos et soucieux de trouver une étiologie objectivable à ces douleurs, a conseillé à la recourante de consulter un médecin-dentiste, elle avait déclaré que cela la faisait sourire de se rendre chez un dentiste pour ses douleurs car c'était le seul endroit où elle n'avait pas mal. On rappellera également que l'expert a souligné dans ce même document qu'une fracture de rebord alvéolaire aurait dû susciter des signes d'appel cliniques tels que douleurs, mobilité, inflammations gingivales et/ou saignements, or la recourante avait expliqué qu'il n'y avait pas eu de symptôme d'une telle nature. En tout état de cause, entre sa déclaration du 11 janvier 2010 et l'extraction des dents 11 et 12, la recourante n'est jamais revenue vers l'assurance pour signaler la survenance de telles douleurs et mobilité. De même, le rapport de la Dresse L_____ du 23 avril 2010 relatant les propos de sa patiente concernant les différents maux ressentis lors de et suite à l'accident du 18 décembre 2009, fait uniquement état d'un craquement dorsal, de A/1670/2012 - 21/24 - douleurs orbitaires et d'une diplopie. Il n'y aucune mention de mobilité ou de douleurs dentaires, ni de saignements. S'agissant dans un second temps du Dr. N_____, et de la question des douleurs dentaires, les mêmes arguments que ceux qui viennent d'être exposés valent pour le questionnaire médical rempli par ce dernier le 15 septembre 2010 et pour les réponses apportées par son collègue aux questions du conseil de la recourante du 3 février 2011. Quant à la mobilité alléguée, elle n'est même pas mentionnée dans ledit questionnaire, à savoir le seul document établi préalablement au refus d'entrer en matière de l'intimée, intervenu le 18 octobre 2010. A cet égard, on peut une fois encore s'étonner que ni la recourante, ni son médecin-dentiste, n'aient averti l'intimée des lésions constatées et de l'extraction envisagée avant d'y procéder, et aient attendu plus de trois mois pour le faire. Le questionnaire médical y relatif a ainsi été envoyé au Dr. N_____ le 9 juin 2010 mais n'a été rempli par ce dernier que le 15 septembre 2010. Pourtant, ce document indique en préambule "Veuillez remplir ce questionnaire au plus vite et attendre l'approbation de la Caisse pour autant que des mesures urgentes ne soient pas nécessaires". En l'espèce, on ne comprend pas quelle était l'urgence de l'avulsion effectuée alors même que la recourante prétend souffrir de ces lésions depuis l'accident survenu six mois plus tôt. De plus, s'agissant du granulome péri-apical, il existait depuis 2004, sans évolution ni nouveaux symptômes selon le Dr. T_____ et pouvait être traité, selon le même médecin-dentiste, rejoint sur ce point par les Dr. S_____ et O_____. En tout état de cause, on ne peut également que s'étonner que des dents mobiles aient été si difficiles à extraire, nécessitant de maintenir physiquement la patiente afin que le médecin-dentiste puisse tirer suffisamment fort, et entraînant un important defect muqueux et osseux. Ainsi, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, l'argument de la recourante concernant la mobilité et les douleurs dentaires dont elle aurait souffert depuis l'accident n'est pas propre à mettre en doute la valeur probante de l'expertise et ses conclusions. bc) La recourante affirme enfin qu'on ne saurait reconnaître une pleine valeur

probante à l'expertise du Dr. S _____ du 30 mars 2012, dans la mesure où elle est clairement contredite par celle du Dr. T _____ du 7 novembre 2011. En effet, ce dernier est arrivé à la conclusion que l'examen radiologique et clinique lui permettait d'affirmer la haute probabilité de causalité entre l'accident et les lésions dentaires, à l'exception du foyer apical sur la dent 12. Il sied tout d'abord de relever que l'expertise du Dr. T _____, effectuée à la demande de la seule recourante, ne contient aucune anamnèse.

A/1670/2012 - 22/24 - De plus, elle contient une indication erronée. Elle fait ainsi référence à des douleurs sous-orbitaires, alors que le dossier fait état uniquement de douleurs rétro- et non sous-orbitaires, ce qui est particulièrement relevant dans le cas présent, des douleurs sous-orbitaires étant plus susceptibles d'être liées à des problèmes dentaires. Il apparaît donc qu'un des postulats de base sur lesquels s'est fondé le Dr. T _____ est faux. En outre, pour admettre les douleurs dentaires et la mobilité des dents 11 et 12, le médecin-dentiste s'est uniquement fondé sur l'examen clinique effectué par le Dr. N _____ en juin 2010, sans autre forme de discussion ou motivation. Ce point est d'autant plus problématique que le Dr. T _____ fait référence au "constat de forte mobilité des dents 12, 11 et 22" fait par le Dr. N _____. Or, le questionnaire médical relatif à ce même examen clinique de juin 2010 et rempli le 15 septembre 2010 par le Dr. N _____ ne fait aucune référence à une quelconque mobilité. De même, les réponses données par le collègue du Dr. N _____ aux questions posées le 3 février 2011 par le conseil de la recourante postérieurement au refus de l'intimée d'entrer en matière sur le remboursement, font uniquement état d'une "mobilité des dents 11-12-22", et non d'une "forte mobilité" de ces dernières. D'autre part, le Dr. T _____ ne semble pas avoir interrogé la recourante sur ces problématiques afin d'avoir une vue plus complète de la situation. Il s'est ainsi contenté de faire référence aux plaintes de cette dernière par rapport aux douleurs actuelles se situant au niveau de son os maxillaire supérieur et antérieur au niveau du bridge dont elle a été pourvue (zone pontique). La Cour de céans considère donc que cette expertise ne peut pas se voir reconnaître une pleine valeur probante. En tout état de cause, la lecture dudit document ne laisse apparaître aucun élément objectivement vérifiable, au sens de la jurisprudence, qui aurait été ignoré dans le cadre de l'expertise et qui serait suffisamment pertinent pour remettre en cause les conclusions de l'expert. En effet, l'indication du médecin selon laquelle "il semble que la dent 12 ait subi une fracture parcellaire de sa partie radiculaire distale, même si l'image radiographique puisse laisser penser à une superposition de racines" ne traduit qu'une appréciation différente de la situation par ce praticien, non susceptible, en tant que telle, de remettre en cause la valeur probante de l'expertise, a fortiori au vu de l'utilisation, par le médecin du verbe "sembler", insuffisant du point de la vraisemblance prépondérante. En tout état de cause, même si cette conclusion avait été différente, il s'agirait de souligner que la fracture parcellaire de sa partie radiculaire envisagée par le Dr. T _____ ne concernerait que la dent 12, à l'exclusion de la dent 11.

A/1670/2012 - 23/24 - Enfin, au vu des éléments cités précédemment, la Cour de céans ne saurait suivre le Dr. T _____, s'agissant de la démonstration de l'existence de douleurs permettant de conclure aux fractures alléguées, lorsqu'il conclut à l'existence de douleurs dentaires antérieures à l'avulsion en raison de douleurs buccales existant postérieurement à l'avulsion. Cela vaut d'autant plus au vu des images reproduites dans l'expertise du Dr. S _____. Il semble ainsi beaucoup plus vraisemblable, au sens de la

jurisprudence, que les douleurs buccales actuelles soient consécutives à l'avulsion des dents 11 et 12 et audit défaut osseux et muqueux qui en a résulté. D'ailleurs, le Dr. T _____ lui-même a indiqué que les douleurs actuelles de la recourante se situent dans la zone du bridge dont elle a été pourvue (zone pontique), et fait état d'une irritation des crêtes osseuses liée audit bridge . Partant, l'expertise du Dr. T _____ ne saurait remettre en cause la valeur probante de l'expertise du Dr. S _____ du 30 mars 2012 et ses conclusions.

E. 14

Au vu de ce qui précède, il est inutile d'examiner plus en détail la valeur probante du rapport du Dr. O _____ du 24 juillet 2011, dans la mesure où il rejoint les conclusions de l'expertise sans apporter d'autres éléments, et dans la mesure où les arguments de la recourante à son encontre (mécanisme de l'accident, mobilité) ont déjà été écartés ci-dessus. De plus, la valeur probante de l'expertise étant établie sans nécessité de clarifier d'autres aspects médicaux du cas, il n'est pas nécessaire de donner suite à la demande de la recourante d'ordonner une expertise judiciaire. Enfin, l'absence de lien de causalité entre l'accident du 18 décembre 2009 et les éventuelles lésions ou affections dentaires ayant motivé l'extraction des dent 11 et 12 étant établie, il est superfétatoire d'examiner le caractère efficace, approprié et économique du traitement au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal. Mal fondé, le recours doit être rejeté. La procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).

A/1670/2012 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préalablement: Ordonne la substitution de partie en ce sens que l'intimée devient MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA. A la forme :

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