

GE_GERICHTE A/1239/2013 vom 14. Januar 2014

GE Cour de justice, 2014-01-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1239_2013

FR: GE_GERICHTE A/1239/2013 du 14 janvier 2014

IT: GE_GERICHTE A/1239/2013 del 14 gennaio 2014

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame F _____, domiciliée à MEYRIN recourante contre HELSANA ASSURANCES SA, Droit des assurances Romandie, sise avenue de Provence 15. LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Madame F _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1937, est assurée auprès de HELSANA ASSURANCES SA (ci-après l'assurance ou l'intimée) pour la branche d'assurance obligatoire des soins LAMal en cas de maladie, le risque accident étant inclus dans la couverture, ainsi que pour diverses assurances complémentaires LCA.![endif]>![if> 2. Le 22 mars 2012, l'assurée a été victime d'un accident. Alors qu'elle dormait dans un hôtel, elle s'est retournée dans son lit, est tombée contre la table de nuit, qu'elle a percutée en voulant se retenir, heurtant sa joue droite et ses dents. A son retour de vacances, elle a consulté le Dr L _____, dentiste, auprès de la Clinique dentaire de Meyrin (déclaration d'accident du 3 mai 2012).![endif]>![if> 3. Le Dr L _____ a établi un devis le 24 avril 2012 pour une somme de 5'579 fr. 80, les soins prévus incluant notamment la réparation des dents 14 et 15, en particulier la pose d'une couronne sur la dent 14, et pour la dent 15, la pose d'un implant puis d'une couronne.![endif]>![if> 4. Considérant, sur la base de l'avis de son médecin-dentiste conseil que les radiographies montraient que les dents 14 et 15 présentaient des caries, que la dent 14 démontrait une infection osseuse qui ne pouvait être imputée à l'accident, l'assurance a nié le lien de causalité entre le traitement envisagé et l'accident du 22 mars 2012. La carie circulaire qui affectait la dent 14, sous la couronne, impliquait que cette dernière était condamnée et devait être refaite pour d'autres raisons que l'accident. Par pli du 11 juin 2012, l'assurance a uniquement accepté de prendre en charge les frais de radiographie et de diagnostic.![endif]>![if> 5. L'assurée a réagi par pli du 19 juin 2012, confirmant que la perte de la dent était due uniquement à la chute, l'infection osseuse et les caries n'étant pas la cause de cette perte.![endif]>![if> 6. L'assurance a confirmé son refus de prise en charge le 2 juillet 2012 et l'assurée a répliqué par courrier du 16 juillet 2012. Suite à la chute contre la table de nuit, elle a beaucoup saigné dans la bouche à cause du coup, a eu un bleu à la joue pendant toutes ses vacances, qu'elle a caché avec du fond de teint. Si elle avait eu l'idée de faire des photographies, le choc aurait pu être constaté. Elle a bien senti que la couronne bougeait, mais comme le voyage devait se poursuivre, elle n'a pas pu consulter un dentiste. C'est après le repas de midi qu'elle s'est aperçue qu'elle l'avait avalée, sans la retrouver dans les toilettes afin de la faire fixer immédiatement. Au surplus, son dentiste avait téléphoné à l'assurance pour exposer la situation et elle attendait donc un préavis favorable.![endif]>![if> 7. N'ayant reçu aucun renseignement complémentaire du Dr L _____, l'assurance a persisté le 25 juillet 2012 et l'assurée a répliqué, le 4 août 2012, que le journal "Bon à savoir" l'avait encouragée à porter plainte, car elle avait bien été victime d'un accident. Au surplus, l'assurance devait au moins payer les frais d'une couronne, si elle refusait ceux d'un implant. L'assurance a

répondu le 13 août 2012 que la notion d'accident n'était pas contestée, mais que les dents 14 et 15 présentaient des caries avec une infection osseuse, lésion antérieure à l'accident, de sorte que si le choc sur la table de nuit avait certes accéléré le processus, les deux dents étaient fragilisées en raison des lésions constatées, de sorte qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre le traitement envisagé et le choc du 22 mars 2012. 8. Le Dr L _____ a attesté, le 13 août 2012, qu'il avait retiré la dent 15 car elle était fissurée suite à un choc qui avait dû être relativement violent dès lors que la racine de la dent 15 était fissurée et que la porcelaine de la dent 14 l'était également. Ces deux dents avaient certes déjà été soignées, mais elles étaient saines et avaient un pronostic excellent. 9. Les parties ont continué à échanger de la correspondance, campant chacune sur leurs positions, jusqu'à ce que l'assurée réclame une décision formelle. 10. Par décision du 3 octobre 2012, l'assurance a refusé d'octroyer une quelconque participation au traitement devisé à 5'679 fr. 80 le 24 avril 2012, à défaut de lien de causalité entre l'accident du 22 mars 2012 et ce traitement, sur la base de l'avis du médecin-dentiste conseil de l'assurance. 11. Le Dr L _____ a attesté que la dent 15 était en bon état mais était fissurée après la chute, donc impossible à resceller, étant donné le choc absorbé par la racine. Devant l'impossibilité de sceller cette couronne, il a posé un implant avec une couronne trois mois plus tard. On pouvait bien sûr longtemps épiloguer sur le fait que les dents 14 et 15 avaient des caries et des racines plus faibles mais il était évident que c'était le choc qui avait cassé la racine, l'assurance-accident devant, en tout cas, prendre en charge une partie des frais. 12. L'assurée a formé opposition le 15 octobre 2012. 13. L'assurance a soumis à nouveau le cas à son médecin-dentiste conseil, le Dr M _____, qui a établi un rapport le 27 novembre 2012. Ayant examiné la radiographie panoramique du 22 mars 2012, ce dentiste détaille l'état de chaque dent et décrit une bouche "dans un état extrêmement négligé avec des dents délabrées", ainsi :

- 46. couronne posée sur racine cariée au niveau distal – perdue
- 45. couronne posée avec carie et reste radiculaire – perdue
- 44. couronne cariée et sous minée – perdue
- 43. couronne mal adaptée et cariée
- 42. reste radiculaire nécrosé non soigné
- 41. couronne
- 31. dent cariée
- 32. difficile de statuer
- 33. couronne posée sur une racine cariée
- 34/35/36/37 : pont en extension de quatre éléments posés sur trois implants
- 26. reste radiculaire couché et infecté avec kyste dessus
- 25. reste radiculaire avec une infection péri apicale
- 24. couronne posée avec carie radiculaire – perdue
- 23. carie radiculaire sous couronne
- 22. reconstruction massive sur dent avec infection probable péri apicale
- 21/11 : dents soignées avec poche parodontale
- 12. couronne avec carie radiculaire – perdue
- 13. couronne avec carie radiculaire – perdue
- 14. couronne avec carie radiculaire – perdue
- 15. moignon avec tenon provisoire sur racine sans traitement de racine et lésion osseuse.

Il précise que sur le cliché du 2 avril 2012, on voit que la dent 15 n'est plus qu'un reste radiculaire sans traitement de racine visible avec un pansement et une perte osseuse qui ne laisse plus qu'un millimètre d'ancrage osseux, de sorte que cette dent est délabrée pour des raisons bactériennes et non traumatiques et il est exclu que l'incident du 22 mars 2012 soit la cause des lésions observées sur cette radiographie. Quant à la dent 14, elle était déjà cariée en 2010 avec un traitement de racine insuffisant, une couronne mal adaptée qui n'a pas été changée entre 2010 et 2012, avec un bricolage effectué par le dentiste sous la couronne. Ces deux dents étaient à ce point délabrées qu'elles n'étaient plus à même de supporter une activité masticatoire normale, les soins effectués dans cette bouche sur des dents naturelles ne répondant pas aux lignes directrices relatives à la qualité en médecine dentaire de la SSO. 14. Par décision sur opposition du 13 mars 2012, l'assurance a rejeté l'opposition au motif

que, sur la base de l'avis du Dr M_____, il était établi que la causalité naturelle et adéquate devait être niée entre l'événement du 22 mars 2012 et les lésions constatées aux dents 14 et 15, compte tenu de leur état antérieur d'origine infectieuse et de l'état de délabrement général de la dentition. Ainsi, l'accident du 22 mars 2012 n'était qu'une simple cause aléatoire et insignifiante de l'évolution défavorable de l'état de santé dentaire. Le remplacement des dents 14 et 15 pouvait ainsi manifestement intervenir en tout temps en raison d'un simple facteur déclenchant spontané et il relevait du hasard que la nécessité de traiter ces dents soit survenu lors de l'accident plutôt que spontanément ou à l'occasion d'une simple mastication, de sorte que l'accident n'était pas une cause, même partielle, qui rendait nécessaire l'extraction de la dent 15 avec un implant et la pose d'une couronne sur la dent 14.!

15. Par pli du 1^{er} avril 2013 adressé à l'assurance, l'assurée s'est opposée à cette décision, reprenant les explications quant au déroulement de l'accident et contestant les critiques faites à son médecin-dentiste, qui avait toujours effectué un travail remarquable, tout en précisant que six mois après le travail effectué, elle n'avait eu aucun problème ni infection. L'assurance a transmis à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice ce recours comme étant l'objet de sa compétence.!

16. Par pli du 17 mai 2013, l'assurance a conclu au rejet du recours, se référant expressément à la motivation de la décision sur opposition.!

17. Un délai a été accordé à l'assurée pour consulter les pièces produites, cas échéant se déterminer ou produire tout document utile, ce qu'elle n'a pas fait.!

18. Après plusieurs relances, le Dr L_____ a finalement répondu, le 19 septembre 2013, aux questions posées par la Cour le 1^{er} juillet 2013, comme suit :!

- Il confirmait la description de l'ensemble des dents traitées, la radio panoramique étant aisément lisible ;!

- Il ne partageait pas l'avis du médecin-conseil car, certes, la dent 15 était une dent plus faible car elle avait effectivement été traitée, mais elle était saine et correctement couronnée ;!

- La dent 14 présentait une carie interdentaire à traiter comme habituellement, mais cela n'avait aucune conséquence avec la fracture de la céramique ;!

- L'assurée l'avait consulté pour la première fois le 28 mars 2012 après l'accident du 22 mars 2012 ;!

- Elle présentait alors des signes de contusion légers, mais les dents du côté touché, soit les dents 14 et 15, étaient mobiles et fracturées ;!

- Pour conclure, il était évident que des dents qui avaient 70 ans de fonctionnement présentaient des défauts, de l'usure et des obturations, mais il était clairement inadmissible pour une assurance de rejeter la responsabilité sur une soi-disant infection, alors qu'il y avait bel et bien deux dents fissurées.!

19. L'assurée a fait valoir le 20 septembre 2013 qu'elle confirmait sa déclaration concernant l'accident et contestait la position de l'assurance quant à la qualité du travail de son médecin-dentiste. Malheureusement, le dentiste qui la suivait avant le Dr L_____ était parti à la retraite.!

20. Un délai a été fixé aux parties pour conclure.!

a) Par pli du 18 octobre 2013, l'assurée a confirmé les déclarations du Dr L_____ et contesté les allégations de l'assurance selon lesquelles son médecin-dentiste serait un incapable. Les deux dents concernées avaient bien été fissurées lors d'un accident.!

b) L'assurance a déposé des observations le 7 novembre 2013. Le courrier du Dr L_____ était dénué d'en-tête et non daté et il n'était pas possible de déterminer par quel chemin il était arrivé en mains du Tribunal. L'assurance a joint à ses observations l'avis du Dr M_____ du 28 octobre 2013, qui s'est prononcé sur les réponses du Dr L_____, comme suit :!

- S'agissant de la dent 15, l'argumentaire du Dr L_____ était lacunaire, car il s'agissait d'une appréciation

qualitative et non pas quantitative, contrairement à celle du Dr M_____ : la dent n'avait plus qu'un millimètre d'os autour de la racine, ce qui était un signe d'une perte non liée à un traumatisme, mais bien à une infection. Lorsqu'on se cassait une jambe en deux, on pouvait recoller les deux parties saines ensemble mais lorsqu'une partie de l'os était perdue, il n'était pas possible de remettre ces deux parties ensemble. Cela correspondait à l'état de cette dent où le niveau osseux ne se trouvait pas au bord de la couronne ou au bord de la ligne email-cément, ce qui est le cas d'une dent saine, mais correspondait à une dent qui avait souffert d'une parodontite aggravée et qui avait perdu 90% de son attache osseuse ;!

La dent 14 présentait effectivement une carie interdentaire à traiter, ce qui aurait dû être fait en 2010, en refaisant la couronne. Cela n'avait évidemment aucune influence sur la fracture de céramique, mais le Dr L_____ avait attendu cette fracture deux ans plus tard pour proposer de refaire la couronne, pour une raison esthétique et non pas fonctionnelle, ce qui relevait d'un abus des assurances sociales pour faire porter à d'autres ce que le patient devait assumer de lui-même ;!

Le Dr L_____ n'avait pas répondu aux questions 4, 5 et 6, ce qui permettait de jeter un doute certain sur l'origine prétendument accidentelle du traitement dentaire entrepris. En conclusion, les mesures d'investigation de la Cour confirmaient la position de refus de prise en charge de l'assurance. L'état de délabrement des dents 14 et 15 dû à une origine infectieuse antérieure à l'accident du 22 mars 2012 était en effet tel qu'elles n'étaient plus à même de supporter une activité masticatoire normale et les soins apportés par le Dr L_____ ne correspondaient pas aux lignes directrices relatives à la qualité en médecine dentaire de la SSO. 21. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 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 1 er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10).!

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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).!

3. 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).!

4. 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 dentaires alléguées par la recourante sont avérées, et dans l'affirmative, si elles sont en lien de causalité avec l'accident du 22 mars 2012.!

5. 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 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.!

6. 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). L'accident ne constitue pas une cause partielle de l'affection, mais une simple «cause aléatoire », lorsqu'elle peut manifestement intervenir en tout temps en raison d'un simple facteur déclenchant ou spontanément s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que même sans l'accident assuré, une telle évolution se serait produite dans un délai relativement bref (arrêt non publié du 5 avril 2007; U 413/05). Tout en relevant que l'insuffisance veineuse dont souffrait une assurée n'était pas d'origine accidentelle et, que cette affection, en empêchant la guérison de la plaie initialement provoquée par l'accident, constituait au moins une cause partielle, certes importante, de l'évolution de l'état de santé de l'assurée, le Tribunal fédéral n'a pas pour autant retenu que l'accident n'était pas causal. En effet, le fait que l'accident n'ait pas provoqué l'affection ne signifiait pas qu'il n'ait pas contribué, avec cette affection préexistante, à la survenance de l'atteinte pour laquelle le traitement était devenu nécessaire (arrêt non publié du 14 mai 2009; 8C_726/2008). 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; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2). 7. En matière dentaire, la jurisprudence précise que le caractère adéquat du lien de causalité entre le fait constitutif d'un accident de se casser une dent en mordant dans un pain aux noix qui contient un résidu de coquille et la survenance du dommage dentaire ne peut être nié que s'il y a lieu d'admettre que la dent se fût brisée même en l'absence d'une sollicitation anormale. La dent ne doit pas nécessairement être parfaitement saine, il suffit qu'elle remplisse normalement sa fonction (ATF 114 V 170 ; arrêt non publié du 13 avril 2006; K 41/05). Ainsi, le caractère adéquat du lien de causalité entre le fait constitutif d'un accident et la

survenance d'un dommage dentaire ne peut être nié que s'il y a lieu d'admettre que la dent fût brisée même en l'absence d'une sollicitation anormale (ATF 114 V 170 ; arrêt non publié du 1er juillet 2003; U 288/02).![[endif]]>![if > 8. 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 grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, 2000, p. 268).![[endif]]>![if > 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 LPG), 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 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; ATF 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) 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).

9. En l'espèce, l'assurance ne conteste pas que la chute de l'assurée soit un accident au sens de l'art. 4 LPGA. A cet égard, les constatations objectives quelques jours après l'accident du Dr L_____ concernant des signes de contusion légers corroborent la description faite par l'assurée des circonstances de cet accident. D'ailleurs, l'assurance ne le conteste pas. Elle fait valoir l'absence de lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et le traitement devisé, en se fondant sur l'avis de son dentiste conseil. Cet avis est fondé exclusivement sur la radio panoramique, sans examen de l'assurée. Il décrit de façon lapidaire l'état de chaque dent et estime que la bouche de la patiente est "dans un état extrêmement négligé avec des dents délabrées" pour exclure que l'accident soit la cause des lésions constatées aux dents 14 et 15, qui étaient à ce point délabrées qu'elles ne pouvaient plus supporter une quelconque activité masticatoire. Selon lui, la grande majorité des dents a fait l'objet de traitements inadéquats et les couronnes existantes seraient toutes "perdus". Ses explications concernant la dent 15 sont circonstanciées et exposent de façon convaincante que c'est l'état antérieur de la dent qui a empêché de simplement poser une nouvelle couronne et imposé le choix d'un implant. Il admet par contre que la carie de la dent 14 est sans conséquence sur la fracture de l'émail, mais accuse l'assurée et son dentiste d'avoir volontairement attendu un accident pour refaire la couronne, abusant ainsi des assurances sociales. S'il s'avère que cet avis est convaincant sur certains points, il perd de sa valeur probante par son manque d'objectivité, son ton et les termes tout à fait excessifs qu'il contient et en raison de la prévention de son auteur contre son confrère et la patiente. Pour sa part, le dentiste traitant confirme la description de la radiographie panoramique faite par le dentiste-conseil de l'assurance, mais estime que les dents 14 et 15 étaient saines, compte tenu de leur âge et des traitements qu'elles avaient déjà subi, de sorte que la fracture des dents avait bien été causée par l'accident. D'abord, si le dernier courrier du Dr L_____

est manuscrit et non daté, rien ne permet sérieusement de douter qu'il en est bien l'auteur. Au surplus, le tampon "Adent clinique dentaire: Meyrin" est apposée au dos de l'enveloppe qui a été conservée par la Cour de céans. De plus, ce médecin a répondu à cinq des six questions de la Cour, omettant seulement celle concernant la description faite par la patiente de l'accident lors de la première consultation. Cet élément n'est toutefois pas déterminant puisque les circonstances de l'accident ne sont pas contestées. Cela étant, cet avis – outre qu'il émane du dentiste traitant de l'assurée – n'est pas assez précis, ni suffisamment motivé pour établir à lui seul un lien de causalité entre l'accident et l'ensemble des lésions et soins prévus. Il convient donc d'examiner si l'examen et la confrontation de ces deux avis permet de déterminer au degré de la vraisemblance prépondérante si les soins devisés sont en lien de causalité avec l'accident. 10. En premier, lieu, les deux dentistes s'accordent sur le fait que c'est bien la chute qui a causé la fracture de la céramique de la dent 14. A ce propos, le Dr M_____ se contente d'affirmer que la couronne aurait de toute façon dû être refaite à l'avenir en raison d'une carie. Outre le fait que cela n'est pas démontré, c'est sans incidence sur le lien de causalité naturelle. Cela ne signifie en effet pas, contrairement à ce que prétend l'assurance, que l'accident n'ait été qu'une simple cause aléatoire et que cette lésion serait intervenue spontanément, à l'occasion d'une simple mastication. En outre, le Dr M_____ ne rend pas vraisemblable qu'avant l'accident déjà, cette dent ne remplissait plus sa fonction masticatoire. De surcroît, il suffit que l'accident soit une des causes ou une cause partielle de la lésion pour que l'assurance-accident doive intervenir. Au surplus, dans la mesure où il est établi que la dent et la couronne ne se seraient pas brisées en l'absence d'une sollicitation anormale, le lien de causalité adéquate entre l'accident et ces fractures est admis. Cela suffit pour que l'assurance doive prendre à sa charge les frais liés aux soins concernant la dent 14. La motivation qui précède s'applique également à la dent 15, sous réserve de ce qui suit. S'il est démontré au degré de la vraisemblance prépondérante que c'est bien la chute qui a provoqué la fracture de ce qu'il restait de la racine de la dent, il est certain que si la dent avait été saine, l'accident n'aurait pas nécessité l'extraction du reste de la dent, la pose d'un implant, puis d'une couronne. Dans la mesure d'ailleurs où il ne semble pas que la couronne ait été brisée, mais qu'elle se soit seulement descellée lors du choc ayant rendu la dent mobile, ni l'implant, ni la nouvelle couronne ne sont à la charge de l'assurance accident, mais seulement les frais liés au rescelllement de la couronne existante. 11. En conséquence, il est établi que l'assurée s'est fissuré deux dents en tombant de son lit sur la table de nuit de sa chambre d'hôtel, de sorte que cet événement est en relation de causalité naturelle avec l'atteinte à la santé qu'elle a subie et les soins nécessités, sous réserve de la pose d'un implant et d'une nouvelle couronne sur la dent 15. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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