

GE_GERICHTE A/1670/2012 vom 22. Januar 2013

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1670_2012

FR: GE_GERICHTE A/1670/2012 du 22 janvier 2013

IT: GE_GERICHTE A/1670/2012 del 22 gennaio 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 22.01.2013
A/1670/2012

A/1670/2012 ATAS/36/2013 du 22.01.2013 (LAA) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1670/2012
ATAS/36/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 22 janvier
2013 2ème Chambre En la cause Madame G _____, domiciliée à Chêne-Bougeries,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître CORDONIER Marlyse
Recourante contre MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, sise Rue des Cèdres 5,
Martigny Intimée EN FAIT Madame G _____ (ci-après l'assurée ou la recourante),
née en 1963, est assurée depuis le 1 er janvier 2009 auprès de MUTUEL ASSURANCES
(ci-après l'assureur ou l'intimée) pour la branche d'assurance obligatoire des soins en cas
de maladie, le risque accident étant inclus dans la couverture. En 2009, l'assurée travaillait
comme prothésiste ongulaire à son compte. Le 18 décembre 2009, sur son lieu de travail,
alors qu'elle était accroupie et sur le point d'ouvrir le placard d'un meuble vitré, un pan de la
vitrine dudit meuble lui est tombé sur le front. Alors qu'elle se relevait, elle a reçu toute la
vitrine sur la tête. Dans sa déclaration de sinistre du 11 janvier 2010, elle a indiqué que son
front, le haut de sa tête, sa nuque et sa colonne du côté droit avaient été blessés. Divers
examen ont été effectués - soit une IRM cérébrale le 5 janvier 2010, un scanner cervical le 1
er février 2010 et une IRM du cerveau et des globes oculaires le 11 février 2010. Ils n'ont
rien permis d'observer de particulier si ce n'est une discopathie C5-C6. Le 23 avril 2010, la
Dresse L _____, spécialiste FMH en neurologie, a adressé un rapport à la Dresse
M _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de
l'assurée. Elle y a indiqué que l'assurée, qu'elle suivait depuis 2006 pour des migraines
sans aura cataméniales s'accompagnant de tensions cervicales, l'avait consultée suite à
deux accidents. Le premier avait eu lieu le 18 décembre 2009. Sa patiente lui avait expliqué
avoir reçu un pan de vitrine sur le sommet du crâne. L'impact avait eu lieu en deux temps,
la douleur avait été intense et elle avait décrit un « blanc » de 6 secondes. Elle avait
également mentionné avoir ressenti un craquement dorsal et avoir immédiatement présenté
des douleurs rétro-orbitaires bilatérales. Depuis lors, elle avait noté une diplopie avec
adduction de l'œil. Le deuxième accident avait eu lieu quant à lui le 18 janvier 2010.
L'assurée lui avait ainsi déclaré qu'alors qu'elle se trouvait au volant de sa voiture, elle
avait été percutée par l'arrière, et avait dû être admise à l'hôpital d'Annemasse. Dans ce
même document, le médecin a expliqué que sa patiente souffrait de douleurs rétro-orbitaires
bilatérales accompagnées de photophobie et de nausées. Elles s'étaient aggravées suite à
l'accident de voiture, de même que les douleurs vertébrales diffuses. La diplopie était quant
à elle présente depuis l'impact crânien par la vitre au mois de décembre et était absente
préalablement. L'assurée avait été vertigineuse jusqu'en mars, mais cette symptomatologie
avait disparu au moment de la consultation, sans qu'un autre trouble neurologique soit noté.

Dans un rapport du 15 septembre 2010, le Dr. N_____, médecin-dentiste, a diagnostiqué une fracture de la couronne sans lésion de la pulpe sur la dent 22 (qui était intacte auparavant), et des fractures de racine, de rebord alvéolaire et de couronnes prothétiques des dents 11 et 12. Il a indiqué, à titre de mesures thérapeutiques immédiates, l'extraction de ces dernières et la pose d'un bridge provisoire, et proposé, comme traitement définitif, un nouveau bridge, et une fausse gencive en céramique de cinq éléments. Les honoraires pour ces mesures ont été estimés à 9'319 fr. 95. Dans une prise de position des 7 et 14 octobre 2010, les Drs. O_____, et P_____ médecins-dentistes conseils de l'intimée, ont proposé le refus de ce devis, indiquant que les fractures radicalaires mentionnées par le Dr. N_____ étaient invisibles sur les radios datées du 1^{er} juin 2010, que la dent 12 présentait un problème péri-apical sans rapport avec l'accident, et qu'il était peu probable qu'une fracture radicalaire évolue de cette manière en 6 mois. De surcroît, le traitement provisoire était un peu trop invasif. Ils ont conclu qu'il était difficile d'établir avec certitude le lien de causalité. Le rapport entre l'accident et les lésions constatées était de 5%. Par courrier du 18 octobre 2010, l'intimée a informé le Dr. N_____ que dans la mesure où le dommage ne découlait pas d'un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'évènement annoncé, l'assurance obligatoire des soins n'était pas en mesure d'intervenir pour les frais devisés à 9'319 fr. 95. Le 9 novembre 2010, le Dr. Q_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, maladie et chirurgie des yeux, a diagnostiqué, entre autres, une affection dentaire. Le 3 février 2011, l'assurée a adressé un questionnaire à l'attention du Dr. N_____, en préambule duquel elle précisait que lors de son accident du 18 décembre 2009, elle avait été projetée au sol après avoir reçu la vitrine sur la tête. Le Dr. R_____, médecin-dentiste excusant le Dr. N_____, a répondu à ses questions. Il a ainsi expliqué que l'assurée avait consulté ce dernier pour la première fois le 8 juin 2010 pour les problèmes liés à la fracture des dents 11, 12 et 22. A cette date, elle s'était plainte d'une douleur forte et d'une mobilité de ces mêmes dents. Selon le médecin-dentiste, ces douleurs localisées dans la zone antérieure et la mobilité susmentionnée les avaient obligés à constater des fractures. Enfin, selon lui, aucune autre cause que celle de l'accident ne pouvait être envisagée en lien avec ces mêmes fractures. Dans une attestation non datée, reçue par l'assureur le 12 février 2011, le Dr. N_____ a certifié avoir extrait les dents 11 et 12 qui présentaient des fêlures provoquées par le choc accidentel. Il joignait des radios à cet effet. Il indiquait que cette partie du maxillaire devrait être reconstruite par un bridge sur implants, voire une greffe osseuse en fonction de l'évolution de la cicatrisation ou un bridge sur piliers naturels de quatre éléments et une greffe conjonctive. Pour des raisons esthétiques, sociales et fonctionnelles, sa patiente avait été provisoirement appareillée avec un bridge en résine. Par courrier du 21 avril 2011 adressé à l'intimée, l'assurée a souligné qu'au moment de sa déclaration d'accident, elle ignorait que l'évènement du 18 décembre 2009 avait entraîné des lésions dentaires, n'ayant pas encore consulté de médecin-dentiste, et que ladite déclaration n'était donc pas complète. Elle a également indiqué qu'elle souffrait de problèmes ophtalmologiques – aggravation d'une ésoptropie -, de migraines, de douleurs orbitaires principalement du côté gauche, de problèmes dentaires – fracture des dents 11, 12 et 22 –, et de taches devant les yeux. C'était le Dr. Q_____ qui avait attiré son attention sur le fait qu'elle devait, le plus rapidement possible, consulter un dentiste, ses dents ayant été probablement endommagées lors de l'accident. Il avait d'ailleurs fait état, dans son certificat médical du 9 novembre 2010, d'une affection dentaire. Elle a conclu qu'il était clair que ses lésions dentaires avaient bel et bien été provoquées par l'accident du

18 décembre 2009, le mécanisme de l'accident étant propre à créer ces dernières. Dans un rapport du 24 juillet 2011, le Dr. O _____ a souligné que la radiographie du 1 er juin 2010 était superposable au comparatif du 4 novembre 1984 et qu'en cas de fracture du rebord alvéolaire, les dents choquées présentaient en règle générale une mobilité accompagnée d'un saignement, ce qui n'avait pas été le cas de l'assurée. Par ailleurs, trois dents intactes et saines (13, 21 et 22) avaient été taillées afin de rétablir la situation masticatrice, ce qui représentait un traitement invasif qui avait endommagé ces mêmes dents. Il maintenait donc ses conclusions antérieures. Par décision du 18 août 2011, l'intimée a confirmé son refus de prise en charge, en mettant en évidence les observations et conclusions de son médecin-dentiste conseil. Elle a également souligné le fait que l'assurée avait fait mention pour la première fois de lésions dentaires le 15 septembre 2010, soit plus de neuf mois après l'évènement et qu'aux dires mêmes de l'assurée, la région atteinte par le choc lors de l'accident ne concernait pas la face, mais le front, le haut de la tête, la nuque et la colonne. Dans un rapport du 15 septembre 2011, le Dr. Q _____, a déclaré que la symptomatologie de sa patiente était principalement marquée par une péjoration d'une ésoptropie, une amblyopie de l'œil gauche connue de longue date et sans rapport avec l'accident, des algies faciales directement en relation avec l'accident, une discopathie cervicale et une affection dentaire, dont sa patiente s'était plainte dès la première consultation post-accident qu'il avait eue avec elle. C'était dans le cadre des différentes algies faciales, du problème ophtalmologique et de douleurs persistantes qu'il l'avait fortement encouragée à consulter un dentiste pour établir un diagnostic et effectuer une prise en charge. Dans son opposition du 19 septembre 2011, l'assurée a indiqué que le médecin-dentiste conseil de l'intimée ne s'était pas déterminé sur le mécanisme de l'accident et sur ses séquelles. Elle a précisé qu'elle avait été violemment projetée contre le sol au moment où elle avait reçu la vitrine sur la tête, et pensait donc que c'était probablement à ce moment-là que les lésions dentaires avaient été causées. Elle a souligné que la règle selon laquelle les dents choquées dans le cadre d'une fracture du rebord alvéolaire présentaient une mobilité accompagnée d'un saignement n'était pas absolue mais générale, et nécessitait une instruction complémentaire sur ce point. Elle a par ailleurs considéré que l'on ne saurait accorder pleine valeur probante au rapport du . Dr. O _____, ce dernier étant beaucoup trop succinct et n'examinant pas le mécanisme de l'accident, et par conséquent, les lésions qui en avaient résulté. Elle a requis un délai pour compléter son opposition et joindre un avis médical détaillé, et a conclu, préalablement, à la mise sur pied d'une expertise médicale et, principalement, à la prise en charge du traitement médical envisagé par le Dr. N _____. Dans un courrier du 10 octobre 2011, l'intimée a désigné comme expert le Dr. S _____ de l'Université de Genève, Faculté de médecine, Section de médecine dentaire à Genève et a invité l'assurée à se déterminer quant à ce choix et aux questions sur lesquelles il devrait se prononcer. Le 24 octobre 2011, l'assurée a accepté l'expert désigné par l'intimé. Dans un courrier subséquent du 12 janvier 2012, elle a indiqué qu'elle souhaitait que les questions suivantes lui soient posées: Quelles étaient les lésions dentaires constatées ? Compte tenu du mécanisme de l'accident, existait-il un lien de causalité naturelle entre l'accident et les lésions susmentionnées ou quelques-unes d'entre elles ? Ce lien de causalité existait-il de façon certaine, vraisemblable ou seulement possible ? Des facteurs étrangers à l'accident avaient-ils joué un rôle ? Dans l'affirmative, lesquelles et dans quelle mesure ? Si non, quel était le traitement approprié et économique ? Quel était son coût ? Le traitement proposé par le Dr. N _____ était-il approprié et économique au sens où l'entendait la LAMAL ?

Autres remarques éventuelles ? L'assurée a par ailleurs fait appel unilatéralement au Dr. T_____ pour effectuer une expertise privée. Dans son rapport du 7 novembre 2011, ce dernier a indiqué que d'après les éléments radiographiques en sa possession et les déclarations du médecin-dentiste traitant de constat de forte mobilité des dents 12, 11 et 22, il semblait que la dent 12 avait subi une fracture parcellaire de sa partie radiculaire distale, même si l'image radiographique laissait penser à une superposition de racines. La partie apicale de la racine 12 présentait l'image d'un foyer granulomateux, sans relation de cause à effet avec l'accident, puisque la radiographie de 2004 mettait déjà cette pathologie à la lumière. Quant à la preuve de la mobilité post—accidentelle des dents 12 et 11 et de la perception douloureuse au niveau de la table osseuse externe du maxillaire supérieur au niveau des dents 12 et 11, elle résidait uniquement dans l'examen clinique pratiqué en juin 2010, la radiographie n'étant pas explicite sur ces points. Son propre examen de cette zone lui permettait d'affirmer que cet endroit restait à ce jour encore très sensible. Il a ajouté que le risque de fracture ou d'ébréchure de dents dévitalisées – ce qui était le cas des dents 12 et 11, qui avaient été reconstruites dans le passé au moyen de couronnes céramiques après traitement radiculaire - était bien plus grande que pour une dent vitale, ce qui expliquait en grande partie la fracture et les mobilités survenues lors et après l'accident. Le traitement approprié et économique avait consisté jusqu'alors en l'extraction des dents 12 et 11 et à la réalisation d'un bridge provisoire immédiat de 4 éléments, ce qui lui paraissait avoir été correct. Quant au traitement définitif approprié et économique, il ne pensait pas que la pose d'implants soit très opportune, une greffe d'os s'avérant nécessaire dans un tel cas. Dans cette situation, la réalisation d'un bridge définitif céramo-métallique de 4 éléments lui semblait plus judicieux (et accessoirement plus économique). Préalablement à la réalisation d'une telle construction prothétique, il y aurait également lieu de procéder à un assainissement et au remodelage gingivo-osseux des crêtes alvéolaires. Enfin, il a conclu que le traitement dentaire post-accidentel devait être pris en charge par l'assurance, même si le constat n'avait été fait officiellement que six mois après l'accident, sur le conseil de l'ophtalmologue, la patiente s'étant continuellement plainte à ce dernier de douleurs sous-orbitaire qui, en réalité étaient des douleurs à origine dentaire. Le Dr. S_____ a quant à lui rendu son rapport d'expertise le 30 mars 2012. Il a tout d'abord expliqué que suite à son accident du 18 décembre 2009, l'assurée avait développé de très importantes douleurs dans les régions de la tête, du cou et du dos. Elle souffrait également de diplopie. Pour cette dernière affection, elle avait consulté le Dr. Q_____. Ce dernier, décontenancé par l'intensité des douleurs de sa patiente et de manière à trouver une étiologie objectivable à ces dernières, a proposé à l'assurée de consulter un médecin-dentiste. L'expert indique qu'à ce propos, cette dernière avait signalé que « ...ça [l'avait] fait sourire de [se] rendre chez un dentiste pour ses douleurs, parce que c'[était] le seul endroit où [elle]n'avai[t] pas mal... ». Lorsque son dentiste l'avait reçue, il avait effectué des radiographies et diagnostiqué une infection sur la dent 12 et une « fêlure » sur la dent 11. Selon l'assurée, il s'était exclamé « ...comment avez-vous pu vivre avec une telle infection ?... » (ie la lésion péri-apicale visible sur la radiographie du 1^{er} juin 2010) et elle s'est dite « horrifiée » par l'étendue de celle-ci. Le dentiste avait alors entrepris d'arracher les dents 12 et 11. L'assurée a expliqué qu'on avait dû la maintenir physiquement afin que le Dr. N_____ « puisse tirer suffisamment fort ». Au final, elle s'était retrouvée sans les dents 12 et 11 et avec un important defect osseux dans cette zone. A ce sujet, l'expert a mentionné qu'il peinait à comprendre l'indication d'extraction des dents 12 et 11. En effet, sur la radiographie du 1^{er} juin 2010, il n'y avait pas de ligne de fracture visible. La ligne

oblique qui y apparaissait n'était pas une fracture, mais correspondait à la superposition radiologique des tissus mous du nez. Ainsi, à l'exception de la lésion péri-apicale sur la dent 12, l'assurée ne souffrait d'aucune pathologie dentaire particulière. Une « fracture du rebord alvéolaire niveau 11/12 » telle que mentionnée sous chiffre 4.2 du « Questionnaire concernant les lésions dentaires » n'était pas vraisemblable. D'autre part, une telle fracture aurait dû susciter des signes d'appel cliniques (douleurs, mobilités, inflammations gingivales et/ou saignements) ; or, l'assurée avait expliqué qu'il n'y avait pas eu de symptômes d'une telle nature. D'autre part, une fracture du rebord alvéolaire aurait dû apparaître sur une radiographie, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Par ailleurs, la présence d'une lésion périapicale (telle qu'observée sur la dent 12) n'était pas une indication d'extraction. Par des moyens conservateurs, il aurait été parfaitement possible de déposer la couronne et le tenon de la dent 12 et de retraiter cette dent. En cas d'échec, une intervention rétrograde aurait aussi été possible. Cette lésion existait quoi qu'il en soit déjà en 2004 (radiographie du 4 novembre 2004) et n'était donc pas d'apparition récente. Quant à la présence d'une fêlure sur la dent 11, elle ne pouvait pas être confirmée a posteriori. L'expert était également surpris que des dents mobiles aient été si difficiles à arracher. Lors de son examen, l'expert a pu constater un important defect muqueux et osseux consécutif à cette intervention, elle portait un pont provisoire dont la base était allongée afin de combler le manque de tissu et deux dents auparavant saines avaient été préparées pour ancrer la restauration provisoire. Après l'extraction des dents 11 et 12, la voûte palatine et d'autres parties de la bouche étaient devenues douloureuses, à l'instar du pont provisoire qui était donc difficilement supportable. Concernant le traitement approprié et économique, l'expert a expliqué que le traitement adéquat comprendrait la reconstitution de la crête muco-osseuse à l'aide de greffes et la confection d'un pont métal-céramique 13==21 d'un coût allant de 7'700 frs. à 8'700 frs., alors que le traitement économique constituerait dans un appareillage élémentaire de l'assurée avec une prothèse amovible qui remplacerait à la fois les dents 12 et 11 et la gencive perdue. Les dents 13 et 21 quant à elles devraient être munies de couronnes scellées. Quant au traitement proposé par le Dr. N_____, il pouvait être considéré comme « approprié » et « économique », à l'exception de la confection d'une couronne sur la dent 22 qui n'était pas raisonnable. Enfin, l'expert a conclu qu'il n'y avait pas, selon lui, de lien de causalité direct entre l'accident de l'assurée du 18 décembre 2009 et l'extraction des dents 12 et 11. Cette dernière avait en effet indiqué que sous l'effet du choc sur le crâne, elle était tombée à genoux. Il n'y avait donc pas eu de choc sur la mandibule qui, en se fermant brutalement, aurait pu fissurer ou fracturer une incisive. Par ailleurs, dans les mois qui avaient suivi l'accident, aucune douleur spécifique ne s'était manifestée au niveau des dents. Au contraire, dans le tableau polyalgique de l'assurée, la bouche était une zone « relativement calme ». De surcroît, il n'y avait pas d'indication radiologique de fracture, soit des dents, soit de l'os, dans les radiographies du 1^{er} juin 2010. Par décision sur opposition du 26 avril 2012, l'assureur a confirmé sa décision du 18 août 2011. L'assurée a formé recours le 29 mai 2012. Elle conclut préalablement à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée, et au fond, à la prise en charge du traitement dentaire par l'intimée. Elle indique que pendant la procédure d'opposition, elle a été examinée par le Dr. T_____, qui 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 subies par l'assurée, à l'exception du foyer apical de la dent 12. D'autre part, selon elle, l'expertise du Dr. S_____ ne saurait être suivie. En effet, l'expert n'a tenu compte ni du mécanisme de l'accident, ni des constatations du Dr.

N_____, ni même du fait que le Dr. Q_____ a clairement indiqué qu'elle s'était plainte de l'affection dentaire dès la première consultation post-accident. En outre, l'affirmation de l'expert selon laquelle elle ne souffrait d'aucune pathologie dentaire particulière en juin 2010 au motif que la dent 12 ne montrait pas de ligne de fracture visible est fautive car contredite par le Dr. T_____. Quant au rapport du médecin-dentiste conseil de l'intimée, il ne saurait, lui non plus, se voir reconnaître la moindre valeur probante, vu qu'il ne s'est pas déterminé sur le mécanisme de l'accident et sur ses séquelles, et qu'il a indiqué que les dents 11 et 12 n'ont pas présenté de mobilité, ce qui était faux. Dans sa réponse du 27 juillet 2012, MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA relève tout d'abord que le portefeuille LAMal de MUTUEL ASSURANCES (FONDATION) lui a été transféré après approbation de toutes les autorités fédérales compétentes. Elle souligne que la recourante a complété ses déclarations a posteriori pour préciser qu'elle était tombée sur le sol après avoir reçu la vitrine sur la tête, qu'elle n'a fait état d'aucune lésion ni suspicion de lésion dentaire, ni de douleurs à ce niveau-là dans sa déclaration d'accident établie un mois après les faits, et que les douleurs rétro-orbitaires bilatérales accompagnées d'une photophobie et de nausées sont liées à l'évidence aux yeux, voire au cerveau, mais ne consistent nullement en des douleurs dentaires irradiant dans la tête. Contrairement aux déclarations de la recourante, il ne ressort d'aucune pièce au dossier qu'elle se serait constamment plainte de douleurs dentaires depuis son accident. C'est plutôt pour avoir un bilan complet au vu des différentes algies faciales que son ophtalmologue traitant lui a conseillé de consulter un dentiste. De ce fait, la seule déclaration de ce dernier, sur demande de la recourante, ne saurait suffire à établir l'existence de telles plaintes. D'autre part, l'argument de la recourante selon lequel elle a été "projetée au sol" lors du second choc ne modifie en rien cette analyse. En effet, elle n'a jamais déclaré avoir subi un claquement de la mâchoire ni souffrir de douleurs de cette dernière, mais bien de douleurs du dos et des yeux. Par ailleurs, les conclusions du médecin-dentiste conseil ont été confirmées par l'expertise indépendante du Dr. S_____, qui doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, contrairement à celle du Dr. T_____. Cette dernière ne contient en effet pas d'anamnèse, le médecin ne discute pas les faits contenus dans les pièces au dossier mais se contente de citer celles-ci et de dire qu'il "semble" que la dent 12 ait subi une fracture. En ce qui concerne la mobilité des dents 12 et 11, ce dernier ne s'est pas sérieusement posé la question de savoir si cette mobilité était vraisemblable ou non, et s'est contenté de renvoyer au rapport du Dr. N_____, alors que tant l'expert que le médecin-dentiste conseil ont conclu de manière motivée à l'absence de vraisemblance de la mobilité des dents. De plus, l'allusion au principe post hoc, ergo propter hoc faite par le Dr. T_____ pour relier l'accident à la prétendue mobilité des dents et au granulome, en invoquant des douleurs sous-orbitaires, ne saurait être suivie sans autre argumentation, ce d'autant plus que les douleurs n'étaient pas sous-orbitaires mais rétro-orbitaires. Enfin, l'expertise du Dr. T_____ est privée et unilatérale, et l'intimée n'en a appris l'existence que par le dépôt du recours, n'ayant pas été invitée à y participer ou à se déterminer à son sujet avant ce moment. Quoi qu'il en soit, une nouvelle expertise n'est pas justifiée. L'intimée indique également que sur la base des appréciations du dentiste-conseil et de l'expertise du Dr. S_____, il est établi, au degré de vraisemblance prépondérante, voire de la certitude, que les dents 11 et 12 n'étaient pas fracturées et partant, que la condition d'atteinte à la santé de l'art. 4 LPGA n'était pas remplie, raison pour laquelle les traitements subséquents (arrachage, appareillage, etc.) ne pouvaient pas être pris en charge par l'intimée. Quant au granulome préexistant sur la racine de la dent n° 12, il a

été établi qu'il aurait nécessité un traitement avec ou sans l'accident. Partant, le lien de causalité naturelle et adéquate entre ladite infection et l'accident n'était pas donné. Le traitement litigieux n'aurait donc de toute manière pas été de son ressort. C'était donc à juste titre qu'elle avait refusé la prise en charge du traitement dentaire devisé par le Dr. N_____.

En tout état de cause, un traitement économique et adéquat devrait se limiter à une prothèse amovible remplaçant les dents 11 et 12 et la gencive perdue, étant la mesure la plus adaptée et répondant à l'obligation de diminuer le dommage de l'assuré. En revanche, le devis établi par le Dr. N_____ n'est clairement pas économique et ne saurait être retenu. Dans un courrier du 20 août 2012, la recourante persiste dans ses conclusions. Elle rappelle son tableau fortement algique présenté depuis l'accident de décembre 2009 et constaté tant par la Dresse L_____ ("La patiente est actuellement très algique et tendue"), que les Drs. Q_____ (qui a relevé ses algies faciales et a précisé qu'elles étaient directement en lien avec l'accident) et S_____ ("[la recourante] présente un tableau polyalgique complexe localisé dans les régions tête, cou et dos"). En ce qui concerne les radiographies, elle avance qu'une lecture différente peut en être faite et il y a des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de l'expertise du Dr. S_____ pour mettre en œuvre une expertise. L'intimée a transmis ses observations à la Cour de céans en date du 10 septembre 2012. Elle souligne que les algies de la recourante ne suffisent pas à établir un lien de causalité entre l'accident et les soins dentaires, que l'appréciation du Dr. T_____ ne peut pas emporter la conviction puisqu'il doute lui-même de la réalité des faits - la fracture de la dent 12 lui apparaissant comme une possibilité - et qu'il s'est contenté de faire siennes les affirmations du Dr. N_____ sans les discuter. Enfin, elle relève que la recourante se borne, en substance, à répéter qu'elle souffre de douleurs au niveau de la tête. Or, l'instruction du dossier ne permet pas de mettre ces douleurs en rapport avec des lésions dentaires, ou le granulome en rapport avec l'accident. Par courrier du 1^{er} octobre 2012, la Cour de céans a requis le Dr. N_____ de lui indiquer à quelle date précise il avait été consulté pour la première fois par la recourante suite à l'évènement du 18 décembre 2009 et avait procédé à l'extraction des dents 11 et 12 de cette dernière. Le 8 octobre 2012, la Cour de céans a demandé au Dr. Q_____ de lui indiquer à quelle date il avait été consulté pour la première fois par la recourante, et s'il l'avait examinée personnellement à cette occasion. Elle l'a également prié de lui adresser une copie de tous les rapports mentionnés dans son courrier du 9 novembre 2010 à Me Maurizio LOCIOLA. Le 12 octobre 2012, le Dr. N_____ a déclaré et documenté le fait qu'il avait été consulté pour la première fois par la recourante le 31 mai 2010, et qu'il avait procédé à l'extraction de ses dents 11 et 12, le 8 juin 2010. Par pli du 15 octobre 2012, le Dr. Q_____ a adressé à la Cour de céans les documents suivants: Deux rapports à l'attention de GENERALI Assurance, respectivement, DEKRA, et un questionnaire à l'attention d'ASSISTA TCS, tous trois datés du 20 septembre 2010. Le médecin y a posé les diagnostics suivants : décompensation de l'ésotropie, amblyopie de l'œil gauche, algies faciales, discopathies cervicales, affection dentaire. Un rapport à l'attention de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) du 27 septembre 2010. Le Dr. Q_____ y a posé les mêmes diagnostics que dans le rapport susmentionné. Un rapport intermédiaire à l'attention de l'OAI daté du 28 octobre 2011. Le médecin y a diagnostiqué un ésophorie, une ésotropie, une amblyopie de l'œil gauche, des algies faciales, des discopathies cervicales, une affection dentaire et de la fatigue. A la question de savoir depuis quand sa patiente souffrait de ces pathologies, il a répondu « cf. accidents ». Il a également mentionné que l'état de la recourante s'était

aggravé depuis son dernier rapport, avec une augmentation de l'ésotropie, des algies faciales et de la fatigue. Le 9 novembre 2012, la Cour de céans a requis le Dr. Q_____ de répondre à ses questions du 8 octobre 2012. Par courrier du 12 novembre 2012, le médecin a répondu que, suite à l'évènement du 18 décembre 2009, il avait personnellement procédé à l'examen de l'assurée pour la première fois le 27 janvier 2010. Le 21 novembre 2012, l'intimée a indiqué qu'il ne ressortait pas des nouvelles pièces transmises que l'assurée se serait plainte constamment de douleurs dentaires depuis l'accident du 18 décembre 2009. Toutefois, lesdits documents permettaient de confirmer le fait que ce n'était qu'au 31 mai 2010, soit plus de cinq mois après l'accident, que la recourante avait consulté pour la première fois le Dr. N_____ pour établir un diagnostic. Elle maintenait donc ses conclusions. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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. 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). 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 1^{er} 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. 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). 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. 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. 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). 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 1^{er} 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). 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 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 A 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 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 ; ATF 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). 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 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. 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. 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'elle 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. 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-apical est précisément un exemple d'inflammation du parodonte (LSFARGUES, MACHTOU, Pathogénèse des lésions périapicales, disponible sur <http://www.information-dentaire.fr/pdf/RCvol112n2p139.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 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. 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. 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. 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). **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 : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110), auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le