

GE_GERICHTE A/1787/2018 vom 16. März 2020

GE Cour de justice, 2020-03-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1787_2018

FR: GE_GERICHTE A/1787/2018 du 16 mars 2020

IT: GE_GERICHTE A/1787/2018 del 16 marzo 2020

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 16.03.2020 A/1787/2018

A/1787/2018 ATAS/230/2020 du 16.03.2020 (LAA) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 28.05.2020, rendu le 05.02.2021, REJETE, 9C_324/2020 En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/1787/2018 ATAS/230/2020 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 16 mars 2020 10 ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Hermance, comparant avec élection de domicile en l'Etude de Maître Cédric KURTH recourante contre MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, représentée par son service juridique, rue des Cèdres 5, Martigny intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après: l'assurée), née le _____1939, est affiliée pour l'assurance obligatoire des soins et accidents auprès de Mutuel Assurance Maladie SA (ci-après : l'assurance), avec laquelle elle a également conclu une assurance pour les soins complémentaires, maladie et accident. 2. Le 12 juin 2017, alors qu'elle traversait le garage de l'immeuble dans lequel elle habite, l'assurée s'est pris les pieds dans les évacuations d'eau et est tombée, à plat, sur le visage. 3. Le jour-même de sa chute, l'assurée s'est rendue dans une pharmacie à C_____, où les premiers soins lui ont été prodigués. Elle avait le visage couvert de sang, avec des lésions sur le nez et le front. Ses lèvres étaient enflées et coupées. Le pharmacien responsable a également constaté que les dents de l'assurée bougeaient (cf. attestation de Monsieur B_____, pharmacien responsable, datée du 8 novembre 2017). 4. Le 14 juin 2017, l'assurée a été examinée par la doctoresse D_____, médecin-dentiste au centre de soins dentaires de C_____. Celle-ci a procédé à un examen clinique et a réalisé des radiographies, qui ont permis de constater que quatre dents étaient fracturées au niveau de la racine. À titre de traitement, elle a proposé l'extraction des dents 11, 12, 21 et 22, une prothèse provisoire, ainsi que des implants et des couronnes sur implants. 5. Le même jour, l'assurée a déclaré l'accident à son assurance. 6. Par courrier du 29 juin 2017, l'assurance a accepté de prendre en charge les suites de l'accident et notamment les frais facturés suite au traitement du 14 juin 2017, de CHF 150.35. Si un traitement s'avérait par la suite nécessaire, l'assurée était priée de lui adresser un nouveau devis, accompagné de radiographies. 7. Le 19 juin 2017, le docteur E_____, médecin-dentiste, a établi un devis de CHF 10'373.40, pour la réalisation d'un pont pour quatre incisives et deux implants. En effet, les dents 11, 12 et 21 étaient luxées (soit déplacées), la dent 22 était subluxée (soit branlante) et les dents 12 et 21 comportaient également une fracture de la racine, étant précisé que toutes les dents de l'assurée étaient réparées. 8. L'assurance a soumis le devis précité à son dentiste-conseil, le docteur F_____, lequel a considéré, dans un avis du 3 août 2017, qu'il fallait refuser la prise en charge du devis vu l'état parodontal préexistant, l'accident n'expliquant pas les dégâts constatés. 9. Par courrier du 7 août 2017, l'assurance a informé le Dr E_____ qu'elle ne prendrait pas en charge les frais

devisés à CHF 10'373.40 pour les motifs exposés par le Dr F_____. 10. Le 10 août 2017, le Dr E_____ a précisé que l'accident avait touché les incisives dont l'état parodontal était stable. Il invitait, dès lors, l'assurance à prendre cet aspect en considération. 11. Dans un nouvel avis du 30 août 2017, le Dr F_____ a suggéré à l'assurance de persister dans son refus de prise en charge. L'état parodontal était terminal et l'accident n'expliquait pas les dégâts constatés. 12. Par courrier du 1^{er} septembre 2017, l'assurance a persisté dans son refus. 13. Le 12 septembre 2017, l'assurée a marqué son opposition avec la position de l'assurance, relevant qu'avant l'accident, ses dents étaient en parfait état, très bien soignées et qu'elles ne bougeaient pas du tout. Depuis lors, elle devait subir de lourdes interventions dentaires afin d'obtenir la même qualité dentaire qu'avant l'accident. 14. Le 26 septembre 2017, l'assurée a encore transmis à son assurance une attestation établie le 21 septembre 2017 par son dentiste, le docteur G_____, dont il ressort que le pronostic des quatre incisives supérieures, de 12 à 22, malgré des racines courtes, une alvéolyse partielle et aucune mobilité, était positif pour les cinq années à venir. L'hygiène parfaite et l'alvéolyse stabilisée et sous contrôle ne permettaient pas de prévoir une avulsion naturelle des dents. En annexe figuraient deux radiographies effectuées en 2015 et 2016, montrant qu'il n'y avait aucune évolution de l'alvéolyse précitée. 15. L'assurance a soumis le dossier à deux de ses dentistes-conseil : - Le Dr F_____ a constaté, dans un avis du 2 octobre 2017, que l'assurée souffrait d'une parodontite généralisée avec une perte d'attache moyenne de 3 à 4 mm partout. Sur les racines supérieures des dents 11, 12, 21 et 22, cette perte de tissu de soutien parodontal était encore supérieure à la moyenne, deux tiers de l'os étant perdus. De plus, le médecin précité avait remarqué la présence d'un foyer périapical. S'agissant des fractures radiculaires, si une fracture semblait concerner la dent 21 sur la radiographie apicale centrée sur la 11, elle n'apparaissait plus sur la radiographie centrée sur la 21. Pour le Dr F_____, il pouvait ainsi s'agir d'un artefact. En ce qui concernait la dent 12, il ne constatait aucune fracture radiculaire sur les radiographies fournies. Vu l'importance de la perte osseuse autour des dents 11, 12, 21 et 22, il n'était pas possible de mettre en relation l'accident et les lésions constatées, à savoir une augmentation de la mobilité. En effet, vu le manque de support parodontal, ces dents ne pouvaient supporter le moindre choc, de sorte qu'il n'appartenait pas à l'assureur de supporter le traitement y relatif. - Le docteur H_____ a, quant à lui, repris les constatations du Dr F_____ dans un avis du 19 octobre 2017. 16. Par décision du 20 octobre 2017, l'assurance a refusé d'intervenir pour les frais devisés à CHF 10'373.40 pour les motifs évoqués par ses médecins-conseil, auxquels il y a lieu de se référer. 17. Le 2 novembre 2017, sous la plume du Dr E_____, l'assurée s'est opposée à la décision du 20 octobre 2017 et a relevé que le dentiste-conseil de l'assurance n'avait notamment pas pris en considération le fait que les dents n° 11 et 21 étaient luxées. Ce que le Dr H_____ avait pris pour des foyers périapicaux autour de ces dents n'était en réalité que le fait que les deux dents n'étaient plus au fond de leur alvéole. Par ailleurs, la fracture de la dent n° 21, visible sur la radiographie apicale, s'était avérée réelle lors de l'extraction. Le Dr E_____ n'avait toutefois pas estimé nécessaire de garder la dent en question, la radiographie étant, selon lui, explicite. Par ailleurs, le choc était important, ce qui expliquait l'ampleur des dégâts et la fracture de la dent n° 21. 18. Le 20 novembre 2017, sous la plume de son conseil, l'assurée a complété l'opposition précitée, en se référant notamment à un rapport du Dr G_____, non daté, dans lequel ce médecin a évoqué une fracture de la table osseuse externe du maxillaire du fait de l'accident. Avant l'accident, les incisives de l'assurée ne montraient aucune mobilité. Par ailleurs, sans l'accident, sa patiente aurait pu conserver ses dents pendant plusieurs années. 19. L'assurance a une nouvelle

fois soumis le cas à son dentiste-conseil, le Dr H_____, lequel a établi un avis le 19 avril 2018. Il en ressort que le traitement proposé consistait en deux phases. Lors de la phase provisoire, il était prévu d'extraire les dents 11, 12, 21 et 22 et de confectionner une prothèse amovible partielle provisoire supérieure. Lors de la phase définitive, il était question de mettre en place deux implants dentaires en remplacement des dents 12 et 22 et de confectionner une réhabilitation fixée implanto-portée (pont couronne céramo-métallique [CCM] de quatre éléments supporté par deux implants). Après avoir rappelé les constatations des médecins traitants de l'assurée, le Dr H_____ a considéré que la réhabilitation proposée par le Dr E_____ améliorait la situation précédant l'accident. En effet, les quatre incisives maxillaires présentaient un pronostic favorable sur cinq ans uniquement, ce qui était relativement court compte tenu de la durée de vie d'une dentition saine s'étendant sur plusieurs dizaines d'années. Par ailleurs, si le pronostic était réservé, c'était en raison d'une alvéolyse partielle (résorption osseuse), autour des dents 12 à 22 et des racines courtes de ces mêmes dents. Certes, l'accident avait été le facteur déclenchant dans la perte des dents, mais l'affection parodontale, touchant l'ensemble de la dentition de l'assurée et en particulier le secteur maxillaire antérieur, contribuait dans une large mesure à la perte de ces quatre dents. C'est pourquoi, il estimait qu'un traitement à plus de CHF 10'000.- pour remplacer quatre dents parodontalement compromises et traumatisées n'était pas économique. Le Dr H_____ maintenait donc son avis du 19 octobre 2017 et soutenait celui du Dr F_____. 20. Se fondant sur l'avis précité, l'assurance a écarté, par décision (sur opposition) du 23 avril 2018, l'opposition du 20 novembre 2017, et a confirmé sa décision du 20 octobre 2017. 21. Par écriture du 25 mai 2018, l'assurée (ci-après : la recourante), sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 23 avril 2018, concluant, sous suite de fais et dépens, préalablement, à la réalisation d'une expertise portant, d'une part, sur la situation dentaire ante-accident et, d'autre part, sur l'impact de l'accident sur la situation dentaire post-accident et, cela fait, principalement, à l'annulation de la décision sur opposition du 23 avril 2018 et à la prise en charge intégrale du dommage consécutif à l'accident, d'un montant de CHF 10'373.40 et, subsidiairement, à la prise en charge partielle du dommage causés par l'accident, dans une proportion que la chambre de céans estimera équitable. À l'appui de ses conclusions, la recourante a notamment relevé que l'assurance (ci-après: l'intimée) avait admis que le traumatisme avait favorisé la perte de ces dents, précisant même que l'accident en avait été un facteur déclenchant, sans toutefois proposer la moindre prise en charge du sinistre. Par ailleurs, même si un assureur était tenu de restituer l'état antérieur à l'accident et non de l'améliorer, cela ne signifiait cependant pas encore qu'il était déchargé de toute prise en charge lorsque la mesure médicale préconisée améliorait l'état antérieur. Dans le cas d'espèce, l'intimée n'avait jamais proposé aucune autre solution thérapeutique, moins onéreuse, permettant de restituer l'état dentaire avant l'accident sans améliorer la situation. Dans une telle situation, l'intimée aurait été fondée à solliciter de l'assurée la prise en charge des frais excédant ceux qui auraient été nécessaires pour rétablir la situation prévalant avant l'accident. Enfin, elle concluait à la réalisation d'une expertise judiciaire, laquelle devrait porter sur la situation dentaire avant l'accident et les liens de causalité naturelle et adéquate. 22. L'intimée a répondu le 25 juillet 2018 et a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours, relevant que les dents se seraient quoi qu'il en soit luxées même en l'absence d'accident, de sorte que la relation de causalité adéquate entre ladite luxation et l'accident devait être niée. Si par impossible, la chambre de céans devait retenir l'existence d'un lien de causalité tant naturelle qu'adéquate, il convenait de retenir que le traitement proposé par

le Dr E_____ n'était pas économique, une prothèse amovible, devisée à CHF 4'028.60 étant satisfaisante. 23. Le 17 septembre 2018, la recourante a répliqué: elle a relevé que selon le Dr E_____, l'état parodontal était stable avant l'accident et qu'aucune mobilité des dents n'existait, laissant un pronostic favorable pour les cinq années à venir. L'hygiène était parfaite et l'alvéolyse était stabilisée et sous contrôle, ce qui ne permettait pas de prévoir une avulsion naturelle des dents. Par ailleurs, la fracture était bien réelle. Pour le surplus, elle a répété les arguments précédemment invoqués. 24. Par duplique du 9 octobre 2018, l'intimée a relevé que l'éventuelle fracture de la racine 21 n'était visible que sur un seul cliché et que dans une telle situation, il aurait appartenu au médecin-dentiste de conserver ladite dent, respectivement la racine, dans l'attente de l'acceptation par l'assureur, du devis du 26 juin 2017. 25. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 10 décembre 2018: La recourante a précisé les circonstances de sa chute. Le jour-même de l'accident, elle avait essayé de joindre le Dr G_____, son dentiste traitant depuis une dizaine d'années. Elle n'avait pu le voir que le lendemain. Lorsqu'il avait vu sa bouche, il avait refusé d'y toucher, car elle ne pouvait pas « mordre » pour l'établissement d'une radiographie panoramique. Il avait l'air préoccupé par rapport à des problèmes personnels, de sorte qu'elle avait quitté le cabinet. C'était le pharmacien chez qui elle s'était rendue après l'accident qui lui avait conseillé de consulter rapidement la dentiste qui se trouvait en face de la pharmacie, soit la Dresse D_____ du centre de soins dentaires de C_____. Elle a finalement pu faire cette radiographie. Par la suite, elle avait été adressée au Dr E_____. Elle ne savait pas qu'elle était atteinte de parodontie, avant l'accident. Lorsqu'elle en avait parlé au Dr G_____ après l'accident, il lui avait indiqué qu'avec l'âge, il y avait toujours un peu de perte osseuse autour des dents. Dans sa situation, il n'y avait toutefois pas matière à entreprendre des traitements particuliers. Avant l'accident, elle n'avait jamais eu de problèmes de dents qui bougeaient. Le Dr E_____, qui était désormais son dentiste traitant, lui avait expliqué que la perte osseuse était généralisée, mais que hormis les quatre dents qui avaient été endommagées ou perdues en raison du choc, aucune autre dent n'avait bougé ni ne bougeait. Vu la violence de la chute et du choc, l'atteinte aux dents était normale selon le Dr E_____. Pour sa part, l'intimée a expliqué, sur question, avoir sollicité un avis du Dr F_____, spécialiste en parodontologie (cf. avis du 2 octobre 2017), ainsi que des avis du Dr H_____, médecin-dentiste (cf. avis des 19 octobre 2017 et 19 avril 2018). Interrogée sur des questions médicales, l'intimée n'a pas été en mesure de répondre. 26. Le 29 janvier 2019, l'intimée a produit ses observations suite à l'audience de comparution personnelle précitée. En annexe figurait le procès-verbal d'un entretien téléphonique qui s'était tenu le 11 janvier 2019 avec le docteur I_____, spécialiste SSO en parodontologie, ayant succédé au Dr F_____, décédé. En substance, selon le nouveau dentiste-conseil, la parodontie dont était affectée la recourante était déjà à un stade avancé au moment de l'accident. L'intimée était donc convaincue que les conditions relatives à la rupture du lien de causalité adéquate étaient remplies. 27. Par courrier du 30 janvier 2019, la recourante a contesté les conclusions du Dr I_____ et a rappelé être dans l'attente des réponses de l'intimée aux questions posées lors de l'audience du 10 décembre 2018, questions auxquelles elle n'avait alors pas été en mesure de répondre. 28. Le 8 mars 2019, l'intimée a complété ses observations du 29 janvier 2019. Pour le Dr I_____, le status radiographique, soit l'ensemble des petites radiographies datées du 19 juin 2017, indiquait une perte d'attache, à savoir une perte osseuse sévère. Les deux tiers du support parodontal étaient absents au niveau des incisives supérieures (dents 11, 12, 21 et 22). L'analyse des radiographies fournissait une estimation de la sévérité et de l'extension de la maladie

parodontale. Il fallait distinguer entre la sévérité de la perte osseuse (initiale, modérée ou sévère) et la sévérité d'une parodontite dite « chronique », selon le degré de la perte d'attache (mesure clinique ; légère, modérée ou sévère [supérieur à 5mm]). Cette mesure n'était toutefois pas applicable dans le cas de la recourante en raison de l'absence de données cliniques au dossier. 29. Par courrier du 29 mars 2019, la recourante a requis l'audition de ses médecins-dentistes traitants, les Drs G _____ et E _____, ainsi que du pharmacien qui lui avait prodigué les premiers soins immédiatement après l'accident. Se prononçant sur les déterminations de l'intimée du 8 mars 2019, la recourante a considéré que l'estimation de la sévérité et de l'extension de la maladie parodontale sur la seule base des radiographies fournies n'étaient pas conformes à ce que ses dentistes avaient constaté les dix années précédentes. Ses dents ne bougeaient pas avant l'accident et celles qui n'avaient pas percuté le sol ne bougeaient toujours pas, 21 mois après. Par ailleurs, l'intimée semblait avoir renoncé à son concept des dents « qui ne pouvaient supporter le moindre choc vu le manque de support parodontal », soit des dents destinées à tomber toutes seules, pour revenir au concept des « dents que l'on devait extraire sous peu », soit des dents qui ne tomberaient plus toutes seules, mais nécessiteraient une intervention dentaire. En tout état, la recourante contestait que ses dents aient atteint le stade « terminal » de la maladie. Enfin, elle restait dans l'attente d'une réponse aux questions posées lors de l'audience de comparution personnelle des parties. 30. Le 8 avril 2019, l'intimée a rappelé qu'en droit des assurances sociales, il n'existait pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré. Ainsi, l'absence de mesures cliniques ne pouvait être interprétée en faveur de la recourante. L'évaluation de l'état de la dent, et plus particulièrement de son support parodontal, relevait de la médecine dentaire. Le Dr I _____ était un spécialiste en parodontologie SSO, de sorte qu'il disposait de connaissances spécialisées dans ce domaine. Il n'y avait dès lors aucune raison de s'écarter de son analyse. Pour le surplus, l'intimée a considéré avoir répondu aux questions de la recourante et s'est référée, pour cela, aux procès-verbaux de comparution personnelle et d'entretien téléphonique. 31. Par courrier du 18 avril 2019, la recourante a sollicité de la chambre de céans qu'elle exige de l'intimée de répondre aux questions posées. Pour le surplus, elle a une nouvelle fois contesté que ses dents devaient être considérées comme perdues déjà avant l'accident. 32. Une audience d'enquête a eu lieu le 14 octobre 2019: Le Dr E _____ a expliqué qu'il avait examiné la recourante, pour la première fois, le 17 juin 2017, à la suite d'un accident qu'elle avait subi quelques jours auparavant. Il avait alors constaté que la patiente avait les lèvres et le menton tuméfiés et qu'elle avait une subluxation des incisives du haut, qui avaient versé en arrière, ce qui rendait la fermeture de la bouche difficile et douloureuse. Vu son état, elle était manifestement tombée sur le visage. Il ne faisait donc aucun doute que les dents avaient reculé sous le choc, lequel était d'une certaine violence. Du moment qu'il avait constaté que ces dents étaient perdues, ce qui ressortait des radiographies faites le jour-même et de l'examen clinique (mobilité), il avait fait une empreinte et lui avait proposé d'enlever les dents et de les remplacer par un appareil provisoire amovible. Pour le médecin-dentiste traitant, le fait que la recourante était atteinte d'une parodontie était facilement constatable à la lecture des radiographies. Par contre, il constatait qu'à deux ans de l'accident, avec un traitement régulier, la recourante possédait toujours toutes les autres dents, à l'exception de celles qui avaient été perdues à cause de l'accident. En conséquence, la parodontie, déjà constatable à l'époque, était stabilisée. Du reste, la recourante était traitée à l'époque par le Dr G _____ depuis 10 ans (faux moignon, couronnes, implants). Toutes les dents extraites étaient traitées, soit par un traitement de

racine et couronne. Quant au Dr I_____, il a rappelé que l'intimée et lui-même ne remettaient pas en cause la violence du choc. Selon le dossier qui lui avait été soumis, la recourante souffrait d'une parodontite sévère à très sévère. Cela ressortait notamment des radiographies, sur lesquelles on pouvait voir que certaines dents n'étaient pratiquement plus tenues par l'os. Si les formulaires remplis juste après l'accident ne mentionnaient certes pas l'état parodontaire, ils évoquaient toutefois le fait que plusieurs dents étaient "manquantes" (non remplacées ou remplacées par un implant ou un pont). Dans le cas présent, la recourante avait perdu huit dents, remplacées ou non. En matière de parodontie, il existait une classification comprenant quatre stades, qui prenait en compte, d'une part, la sévérité et, d'autre part, l'évolution. Pour le stade le plus évolué, soit où la sévérité était la plus importante, on considérait non seulement la perte de plus de cinq dents, mais aussi une perte osseuse (alvéolyse), soit une destruction de l'os par la maladie touchant le tiers moyen de la racine (attache parodontale). Dans le cas d'espèce, ces deux critères étaient réunis. Pour le degré 3, on prenait en compte une perte de 4 dents au plus et toujours une perte osseuse du tiers moyen de la racine. Pour les degrés 1 et 2, il n'y avait pas de perte dentaire et les deux stades correspondaient à une alvéolyse. Dans le cas particulier, si l'on avait été en présence d'un stade 1 ou 2, avec la violence du choc les dents auraient probablement été perdues également, mais à la différence que l'accident aurait expliqué, à lui seul, la perte des dents, raison pour laquelle l'état de sévérité de la maladie et son antériorité jouaient un rôle déterminant pour expliquer la perte des dents. Contrairement au Dr G_____, il était d'avis, au vu des radiographies, que le pronostic était mauvais. Pour poser un diagnostic en relation avec la notion d'accident, l'important était l'état de base au moment de l'accident. Les fractures de racines, les luxations de dents, fractures de l'os, témoignaient du choc mais ne changeaient pas le diagnostic de base. Le traitement de ces dents, i.e. le traitement de la maladie, qui n'était pas contesté, n'en rendait pas moins ces dents fragilisées. Une dent traitée pouvait néanmoins tomber parce que la substance qui la fixait était malade, voire non traitée. Il ne contestait pas le fait que la recourante ait pu avoir l'impression que ses dents « remplissaient leur fonction » avant l'accident. Il fallait cependant préciser qu'en fonction de la parodontie, le patient peut s'adapter à une fonction diminuée, notamment en évitant de mâcher ou croquer sur les dents qu'il sait être fragilisées. Sur la base des radiographies, il pouvait savoir que les dents concernées étaient affaiblies, tant la perte de matière était importante. Il était possible de traiter les stades 3 et 4, mais le pronostic dépendait du cas particulier. Il ne pouvait pas se prononcer sur la mobilité des dents au moment de l'accident, puisqu'il ne connaissait pas la patiente. Il ne pouvait pas non plus se prononcer sur l'évolution de la situation de la recourante par rapport à la parodontie, puisqu'il n'avait pas de radios comparatives récentes. Il relevait toutefois que toutes les dents de la recourante n'étaient pas touchées de la même manière par la parodontie, ce qui était visible sur les radiographies, notamment par rapport à certaines molaires. Il n'était dès lors pas surprenant qu'aucune des autres dents ne fut tombée. Il ne pouvait pas non plus évaluer sur la base des radiographies de 2017 si le Dr G_____ avait entrepris des traitements de soins parodontaux ou non. S'agissant de la mobilité, il ne pouvait pas se déterminer, mais l'expérience montrait qu'avec une telle perte osseuse, la mobilité pouvait être suspectée, et que cette mobilité devait ensuite être classée dans l'un des 4 degrés d'évaluation. 33. Par écriture du 28 octobre 2019, la recourante a notamment relevé que le médecin-conseil n'avait pas affirmé que ses dents bougeaient avant l'accident et qu'il confirmait que les stades 3 et 4 pouvaient être traités. Par conséquent, l'intimée ne pouvait plus prétendre que ses dents étaient destinées à tomber et nier le lien de causalité. En effet, ses dents ne

pouvaient être considérées comme perdues qu'après que la science ne puisse plus offrir aucun moyen de les préserver, qu'elles bougent et que l'arrachement s'impose. Quand bien même les dents étaient traitées, elles n'étaient pas perdues, mais seulement fragilisées. Enfin, la recourante a persisté dans ses conclusions tendant à l'audition du Dr G _____ et à la réalisation d'une expertise judiciaire, confiée à un spécialiste en parodontologie. 34. Les 4 et 27 novembre 2019, l'intimée a persisté dans ses conclusions, relevant pour le surplus qu'il ressortait des déclarations de la recourante, lors de son audition le 10 décembre 2018, qu'il n'y avait pas eu de prise en charge de la parodontie avant l'accident. Par ailleurs, si un traitement parodontal avait été entrepris avant l'accident, les dents de la recourante auraient peut-être pu être maintenues en bouche. Cela restait toutefois une simple hypothèse, clairement contredite par l'analyse du Dr I _____, lequel retenait, au vu de l'accident, que les dents étaient perdues. Par conséquent, il était établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le lien de causalité était rompu. En outre, pour le médecin-conseil précité, l'expérience montrait que la mobilité pouvait être suspectée. Par conséquent, l'intimée était d'avis que vu la perte d'attache osseuse (alvéolyse), les incisives de la recourante ne remplissaient plus normalement - mais de manière diminuée - leur fonction (« normaler Kauakt ») avant l'accident. 35. Par courrier du 19 décembre 2019, la recourante a transmis à la chambre de céans un avis du docteur J _____, médecin en parodontologie et thérapie implantaire, du 12 décembre 2019, dont il ressort qu'elle présentait une gingivite généralisée plutôt discrète en plus des poches parodontales localisées (dents 26, 37, 32 et 41). Cela correspondait, au niveau des dents 26 et 27 à une périimplantite. Les autres poches représentaient une parodontite avec dépôts sous-gingivaux. Les implants 11/21 et 45/46 présentaient une mucosité clinique due, notamment, à un manque de gencive kératinisée/attachée. Un traitement parodontal local, ainsi qu'un suivi très strict (hygiène à domicile et hygiéniste dentaire 3x/an), étaient fortement conseillés pour stabiliser la dentition. Avec un tel suivi, le pronostic général de la dentition était plutôt bon. Si la chambre de céans devait refuser d'ordonner une expertise judiciaire, la recourante concluait à l'audition du Dr J _____. 36. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 et 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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) et à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le recours est recevable. 4. À titre liminaire, il sied de déterminer l'objet du litige. L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1; 125 V 413 consid. 1b et 2). Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1, 125 V 414 consid. 1A, 119 Ib 36

consid. 1b et les références citées). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503, 122 V 36 consid. 2a et les références). 5. En l'espèce, le 12 juin 2017, la recourante a été victime d'une chute suite à laquelle elle a souffert d'une atteinte dentaire, qu'elle a notamment fait soigner par le Dr E_____. Celui-ci a établi, toujours en juin 2017, un devis d'un montant de CHF 10'373.40 relatif à solution implanto-portée. Se fondant sur l'avis de ses médecins-conseil, l'intimée a refusé, par décision du 20 octobre 2017, confirmée sur opposition le 23 avril 2018, d'intervenir pour les frais dentaires ci-dessus devisés, en l'absence d'un lien de causalité tant naturelle qu'adéquate entre l'accident assuré et l'atteinte dentaire. Dans son mémoire du 25 mai 2018, la recourante a conclu à la prise en charge intégrale du devis du Dr E_____, subsidiairement à la prise en charge partielle dans une proportion laissée à l'appréciation de la chambre de céans, relevant qu'il s'agissait du prix payé. Par réponse du 25 juillet 2018, l'intimée a persisté à nier un lien de causalité entre l'accident et l'atteinte dentaire, mais a admis, à titre subsidiaire, la prise en charge d'un montant de CHF 4'028.60, conformément à l'avis de son médecin-conseil et au devis qui y était joint. Quant à la recourante, elle a refusé, par écriture du 17 septembre 2018, de se prononcer sur le montant articulé par l'intimée, considérant que ce point sortait de l'objet du litige. Pour sa part, l'intimée a estimé, dans un courrier du 9 octobre 2018, qu'elle n'était pas entrée en matière, dans ses décision et décision sur opposition, sur la question de l'économicité du traitement devisé, faute de lien de causalité. Cela étant, si la chambre de céans devait admettre le lien de causalité, il convenait de prendre position sur cette question. Vu les conclusions chiffrées prises par la recourante, on peut se demander si l'objet du litige porte également sur le montant des soins ou uniquement sur le lien de causalité. Force est toutefois de constater que l'intimée a jusqu'au 25 juillet 2018 refusé de prendre en charge tout ou partie du traitement définitif, reconnaissant au demeurant, dans son courrier du 9 octobre 2018, que la question de l'économicité du traitement n'avait pas été examinée. Si l'intimée a certes fait, à titre subsidiaire, une contre-proposition le 25 juillet 2018, le « devis » sur lequel elle se fonde ressemble plus à une estimation des frais, sous forme de notes, préparé pour les besoins de la présente procédure, qu'à un devis établi dans les règles de l'art. Dans ces conditions, force est de considérer que les décision et décision sur opposition portaient uniquement sur le principe même de la prise en charge et, plus particulièrement, sur la question du lien de causalité. La question du montant de la prise en charge ne fait par conséquent pas partie de l'objet du litige. 6. a. À teneur de l'art. 1a LAMal, l'assurance-maladie sociale comprend notamment l'assurance obligatoire des soins (al. 1) et alloue des prestations en cas d'accident au sens de l'art. 4 LPGa, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (al. 2 let. b). Dans un tel cas, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie (art. 28 LAMal). Selon l'art. 31 al. 2 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend notamment en charge les coûts du traitement de lésions du système de la mastication, causées par un accident selon l'art. 1, al. 2, let. b (al. 2). b. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, comme dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, entre l'événement dommageable de

caractère accidentel et l'atteinte à la santé (état dentaire traité) un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (voir en matière de LAA : ATF 142 V 435 consid. 1 ; en matière de lésions dentaires au sens de l'art. 31 LAMal : arrêt du Tribunal fédéral 9C_242/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.2 et les références). En matière d'atteinte dentaire, le Tribunal fédéral a précisé à plusieurs reprises que la responsabilité de l'assurance ne pouvait être exclue, au motif qu'une atteinte (physique) à la santé était en grande partie imputable à un état antérieur massif et que l'événement accidentel n'avait qu'une importance secondaire en comparaison (arrêts du Tribunal fédéral 9C_242/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.2 et 8C_399/2008 du 19 novembre 2008 consid. 1.2 avec références). Ce n'était que si, alternativement, une sollicitation quotidienne aurait pu causer les mêmes dommages à la santé à peu près au même moment en raison de l'état antérieur, c'est-à-dire si l'accident représentait une cause arbitraire et interchangeable - et donc non pertinente dans le contexte de la relation de cause à effet -, que la causalité naturelle de l'accident devait être niée (cause occasionnelle ou fortuite ; voir sur l'ensemble de la problématique l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 413/05 consid. 4.2 publié in SVR 2007 UV n° 28 p. 94). 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 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). c. 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. 3.2 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, y compris dentaire, 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 et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). Dans le cas d'une lésion dentaire présentant un état pathologique antérieur au moment de l'accident, la causalité adéquate - tout comme la causalité naturelle - ne peut être niée que si l'on peut supposer que la dent affaiblie par ledit état pathologique antérieur n'aurait pas supporté même une sollicitation normale à peu près au même moment (ATF 114 V 169 consid. 3b). d. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, le bris d'une dent lors d'une mastication normale est réputé accidentel lorsqu'il s'est produit au contact d'un élément dur extérieur à l'aliment consommé, de nature à causer la lésion incriminée. La dent ne doit pas nécessairement être parfaitement saine ; il suffit qu'elle remplisse normalement sa fonction de mastication (ATF

114 V 170 consid. 3b ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 367/04 publié une RAMA 2006 n° U 572 p. 84). 7. 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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). b/aa. 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). b/bb. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346

consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). b/cc. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 8. 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 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 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 319 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994, p. 220 consid. 4). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et

en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références). 9. En l'espèce, suite à l'accident du 12 juin 2017, les dents 11, 12 et 21 de la recourante étaient luxées (soit déplacées), la dent 22 était subluxée (soit branlante) et la dent 12 (et potentiellement la dent 21) comportait une fracture de la racine. À titre de traitement, le Dr E_____ a extrait les dents 11, 12, 21 et 22. Il a ensuite introduit un implant à la place des dents 12 et 22, lesquelles supportaient un pont -couronne céramo-métallique comportant quatre éléments. Le prix de cette intervention, matériel et laboratoire compris, était de CHF 10'373.40. L'intimée a invoqué plusieurs motifs à l'appui de son refus de prendre en charge les frais de ce traitement. En premier lieu, elle a considéré que le lien de causalité naturelle entre la chute et les incisives luxées était uniquement possible et non pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante vu l'importante perte osseuse autour des dents 11, 12, 21 et 22 et que la causalité adéquate devait également être niée, les dents de la recourante ne pouvant supporter le moindre choc vu le manque de support parodontal (réponse du 25 juillet 2018 p. 7). L'intimée a ensuite invoqué le fait que les dents de la recourante étaient déjà perdues avant l'accident (détermination du 8 avril 2019 p. 2). Enfin, elle a considéré que vu la perte d'attache osseuse (alvéolyse), les incisives de la recourante ne remplissaient plus normalement - mais de manière diminuée - leur fonction de mastication (« normaler Kauakt ») avant l'accident. Selon le dossier, la recourante a chuté sur des dents qui ne pouvaient pas supporter le moindre choc vu le manque de support parodontal (cf. avis du 2 octobre 2017 du Dr F_____, médecin-conseil de l'intimée). Cela étant, les médecins-conseil de l'intimée admettent que l'accident a été le facteur déclenchant dans la perte des dents même s'ils considèrent que l'affection parodontale, touchant l'ensemble de la dentition de l'assurée et en particulier le secteur maxillaire antérieur, a contribué dans une large mesure à cet état (cf. avis du Dr H_____ du 19 avril 2018 ; déclarations du Dr I_____ lors de son audition le 14 octobre 2019). Toutefois, le Dr I_____ a admis que même en présence d'une parodontite de stade 1 ou 2, avec la violence du choc, les dents auraient probablement également été perdues, à la seule différence que dans un tel cas, l'accident aurait expliqué, à lui seul, la perte des dents (déclarations du Dr I_____ lors de son audition le 14 octobre 2019). Il ressort ainsi des déclarations des médecins-conseil de l'intimée que ces derniers nient le lien de causalité, dans la mesure où la recourante présentait un état antérieur sous la forme d'une parodontie, la chute n'expliquait pas à elle seule la perte des dents. C'est le lieu de rappeler, dans ce contexte, que la notion de causalité en matière médicale ne se recoupe pas avec celle du domaine juridique, où une causalité partielle suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents, celui-ci étant en outre obligé de couvrir également les risques présentés par les personnes qui, en raison de certaines prédispositions morbides, assument moins bien l'accident que des assurés jouissant d'une constitution normale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 177/02 du 15 juin 2004, consid. 5.2.1). En matière dentaire, le Tribunal fédéral a justement précisé que la responsabilité de l'assurance ne pouvait être exclue au motif qu'une atteinte (physique) à la santé était en grande partie imputable à un état antérieur massif et que l'événement accidentel n'avait qu'une importance secondaire en comparaison (arrêts du Tribunal fédéral 9C_242/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.2 et 8C_399/2008 du 19 novembre 2008 consid. 1.2 avec références). Ainsi, en présence d'un état antérieur, ce n'est que si, alternativement, une sollicitation quotidienne aurait pu causer les mêmes dommages à peu près au même moment en raison de l'état antérieur que la causalité naturelle peut être niée (voir arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 413/05

consid. 4.2 publié in SVR 2007 UV n° 28 p. 94). Dans le cas d'espèce, pour pouvoir admettre une rupture du lien de causalité, il faut donc qu'une sollicitation quotidienne ait pu causer une luxation des dents 11, 12 et 21, une subluxation de la dent 22, ainsi qu'une fracture de la racine des dents 12 et potentiellement 21, à peu près au moment que l'accident. En d'autres termes, il faut que la chute du 12 juin 2017 ait constitué une cause interchangeable et arbitraire de cette atteinte dentaire. Or, force est d'admettre, dans le cas présent, que le dossier ne permet pas de considérer qu'une sollicitation quotidienne normale, soit l'acte de mastiquer, aurait entraîné une luxation, subluxation ou encore une fracture des dents en question, à peu près au même moment que l'accident. Même si les dents de la recourante étaient déjà branlantes avant l'accident, rien au dossier ne permet de considérer que le fait de mastiquer les aurait déplacées ou entraîné une fracture de la racine en juin 2017. Certes, cette situation aurait pu se produire par la suite. Toutefois, selon la jurisprudence, il faut que la sollicitation quotidienne puisse produire les mêmes dommages à peu près au même moment, ce qui n'a justement pas été établi. L'accident ne constitue ainsi pas une cause fortuite, de sorte que le lien de causalité naturelle doit être admis. Il en va de même du lien de causalité adéquate dès lors que les conditions pour admettre son interruption sont identiques à celles prévalant en matière de causalité naturelle. 10. Le recours sera partiellement admis au sens des considérants et la décision sur opposition du 23 avril 2018 sera annulée. En revanche, la cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision sur la question du montant de la prise en charge, afin de ne pas priver les parties de la garantie d'une double instance avec plein pouvoir d'examen en fait et en droit (décision administrative sujette à opposition, puis recours). La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :** Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet partiellement. 3. Constate que l'atteinte dentaire est en lien de causalité avec l'accident assuré. 4. Annule en conséquence la décision sur opposition du 23 avril 2018. 5. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction et décision sur le montant de la prise en charge. 6. Condamne l'intimée au versement de CHF 2'000.- à titre de dépens. 7. Dit que la procédure est gratuite. 8. 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 Florence SCHMUTZ Le président Mario-Dominique TORELLO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le