

200.2014.1113.CM

BOA/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du juge unique du 15 juillet 2015

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, juge
A.-F. Boillat, greffière

A. _____
représentée par **B.** _____
recourante

contre

Kolping Krankenkasse AG
Ringstrasse 16, Postfach 198, 8600 Dübendorf
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 22 octobre 2014



En fait:

A.

A. _____, née en 1981, est enseignante diplômée. Elle souffre de troubles alimentaires qui sont apparus au plus tard en 2004 (documentés dès 2005). En raison d'une péjoration de son état de santé, notamment une perte de poids importante, elle a dû être hospitalisée à plusieurs reprises dès fin décembre 2007 et jusqu'à début août 2008 pour cause d'anorexie mentale mêlée à des troubles obsessionnels compulsifs (TOCs). Le 22 décembre 2008, son médecin dentiste traitant a établi à l'intention de l'assurance-maladie obligatoire (Kolping Krankenkasse AG) un devis dentaire pour un assainissement de la mâchoire de sa patiente (extractions, reconstitutions et pose de prothèse) pour un montant de Fr. 10'820.55. Suite au refus de la caisse-maladie de prendre en charge ces coûts, l'assurée, assistée d'un avocat, a contesté la décision (sur opposition) rendue à ce sujet auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Sur la base du jugement (annulation et renvoi de la cause à l'instance inférieure) rendu par le TA, le 17 juillet 2012 (JTA 2011/1230), Kolping a requis l'établissement d'une expertise dentaire et d'une autre, psychiatrique. Les experts mandatés ont rédigé leurs rapports les 4 juin 2013 et 22 juillet 2014.

B.

Sur cette base, par décision formelle du 29 août 2014, Kolping a refusé de prendre en charge les frais dentaires de l'assurée. En dépit de l'opposition formée le 26 septembre 2014 par l'assurée, toujours représentée en procédure, Kolping a, par prononcé du 22 octobre 2014, confirmé son refus de remboursement des traitements dentaires.

C.

Par acte daté du 18 novembre, posté le 19 novembre 2014, l'assurée, agissant par son avocat, a recouru contre la décision sur opposition du 22 octobre 2014 auprès du TA. Sous suite de frais et dépens, elle a conclu principalement à l'annulation de la décision sur opposition du 22 octobre 2014 et celle du 29 août 2014 et à la prise en charge de la totalité de ses frais de traitement dentaire, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision.

Dans son mémoire de réponse du 17 décembre 2014, Kolping a conclu au rejet du recours. Le mandataire de la recourante a fait parvenir sa note d'honoraires le 12 janvier 2015.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 22 octobre 2014 représente l'objet de la contestation. Elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme un refus de prise en charge d'un dommage dentaire. L'objet du litige porte sur l'annulation de ladite décision et la prise en charge des soins dentaires de la recourante, subsidiairement, sur le renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision. Est particulièrement critiquée par l'assurée, l'interprétation que l'intimée a faite des expertises médicales versées au dossier.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPGA, RS 830.1, et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives, LPJA, RSB 155.21). Le TA relève toutefois l'irrecevabilité

de la conclusion de la recourante visant à ce que la décision de l'intimée du 29 août 2014 soit (aussi) annulée. Il n'y a donc pas lieu d'entrer en matière sur cette conclusion. En effet, en vertu de l'effet dévolutif, la décision sur opposition du 22 octobre 2014 a remplacé la décision du 29 août 2014. Seule la décision sur opposition rendue le 22 octobre 2014 constitue par conséquent l'objet de la contestation (MERKLI/AESCHLIMANN/HERZOG, *Kommentar zum Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege im Kanton Bern*, 1997, n. 7 ad art. 60 et n. 6 ad art. 74).

1.3 La valeur litigieuse (coûts du traitement dentaire) est inférieure à Fr. 20'000.- (selon l'évaluation du 22 décembre 2008 [voir c. A] et selon les frais de traitement effectifs déjà dispensés et connus à la date de la décision contestée, soit Fr. 8'978.15 [dossier [dos.] recourante 13a à f] et les frais devisés à Fr. 5'917.40 [même avec une majoration de 15%, dos. recourante 14a et b]). Le jugement de la cause incombe donc au juge unique de la Cour des affaires de langue française du TA (art. 54 al. 1 let. c et art. 57 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public, LOJM, RSB 161.1).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision sur opposition contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPG; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Les prestations dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire en cas de maladie sont décrites de manière générale à l'art. 25 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance maladie (LAMal, RS 832.10). Il s'agit en premier lieu de prestations des médecins, mais aussi des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (ATF 129 V 80 c. 1.1, 128 V 135 c. 2a, 127 V 328 c. 2).

Les prestations des dentistes ne sont pas mentionnées à l'art. 25 LAMal. Les coûts des soins dentaires ne doivent être assumés par l'assurance obligatoire, en cas de maladie, que dans une mesure restreinte, s'ils sont

occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (art. 31 al. 1 let. a LAMal) ou par une autre maladie grave ou ses séquelles (art. 31 al. 1 let. b LAMal), ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (art. 31 al. 1 let. c LAMal).

Sur la base de l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal en relation avec l'art. 33 let. d de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance maladie (OAMal, RS 832.102), le Département fédéral de l'Intérieur (DFI) a énuméré ces prestations fournies par les dentistes aux art. 17 à 19a de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS, RS 832.112.31). L'art. 17 OPAS définit les maladies graves et non évitables du système de la mastication occasionnant des soins dentaires pris en charge par l'assurance obligatoire. L'art. 18 OPAS décrit les maladies graves et leurs séquelles, qui sont susceptibles de donner lieu à des soins dentaires pris en charge par l'assurance obligatoire; à cet égard, les maladies ou leurs séquelles doivent pouvoir être qualifiées de graves, mais en revanche pas l'atteinte au système masticateur qui en découle (ATF 127 V 339 c. 2b). L'art. 19 OPAS énumère les maladies graves pour lesquelles les soins dentaires font obligatoirement partie intégrante du traitement qu'elles nécessitent. Enfin, l'art. 19a OPAS a trait aux prestations obligatoirement prises en charge par l'assureur-maladie en cas d'infirmité congénitale.

Dans l'ATF 124 V 185, le Tribunal fédéral des assurances (TFA, ancienne dénomination des Cours du Tribunal fédéral [TF] traitant de droit social) a considéré que la liste des atteintes mentionnées aux art. 17 à 19 OPAS, qui sont de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire, était exhaustive. Il a confirmé par la suite cette jurisprudence constante (ATF 129 V 80 c. 1.3, 128 V 135 c. 2c).

2.2 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective, indépendamment de leur provenance, et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le

conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a).

La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.

Selon les conditions stipulées par l'art. 18 al. 1 let. c ch. 7 OPAS, et comme le TA l'a rappelé dans son jugement du 17 juillet 2012, l'anorexie mentale mêlée aux troubles obsessionnels dont souffre la recourante est considérée comme une maladie psychique grave et les lésions dentaires subies par la recourante (qui ont nécessité un assainissement complet de la mâchoire de l'assurée avec extractions et reconstitutions de dents et pose de prothèses, dos. intimée 15 et 71 p. 2) doivent être considérées comme étant une atteinte grave de la fonction de la mastication, ainsi que cela est exigé pour ce chiffre de l'art. 18 OPAS (JTA 2011/1230 du 17 juillet 2012 c. 4.1 et 4.2).

3.1 Se fondant sur l'expertise dentaire datée du 4 juin 2013, l'intimée a refusé d'assumer les coûts litigieux, au motif que les lésions dentaires constatées auraient pu être évitées si la recourante avait prodigué, à ses dents, une hygiène buccale suffisante, notamment en faisant traiter rapidement l'état carié de sa bouche avant la détérioration significative de son état général due à l'anorexie. Pour ce motif, l'intimée laisse ouverte la question des (éventuelles) conséquences sur la dentition d'un manque de salivation. S'appuyant sur l'expertise psychiatrique du 22 juillet 2014, l'intimée a en effet estimé que l'assurée, même atteinte d'une maladie psychique grave (anorexie, accompagnée d'une affection obsessionnelle),

aurait été à même de prodiguer les soins dentaires nécessaires à ses dents et se rendre, au besoin, chez le dentiste, ce qu'elle a négligé de faire.

3.2 La recourante, pour sa part, considère que c'est à tort que l'intimée, en mettant en liaison les dommages dentaires apparus avec un manque d'hygiène (qu'elle n'ait totalement au début de la procédure; voir opposition du 4 novembre 2009), n'a pas examiné la question de l'influence de la sécheresse buccale sur la santé dentaire. Se fondant sur l'expertise dentaire du 22 juin 2013, l'assurée estime que c'est bien un manque de salivation (xérostomie) qui a créé une prédisposition qualifiée à l'apparition de caries (recours p. 8) et que, faute d'avoir procédé suffisamment tôt (à savoir au plus tard en 2007, avant que l'anorexie n'exclue tout traitement dentaire) à un assainissement sur les dents cariées (les conséquences de cette inaction ayant été ignorées de la recourante), le dommage n'a fait que croître, sans qu'il eût été possible, par la suite, même en adoptant toutes les mesures d'hygiène nécessaires, de l'éviter (recours p. 9).

4.

D'un point de vue médical, la mise en œuvre des mesures d'instruction complémentaires requises par le TA dans son jugement du 17 juillet 2012 renseignent de la manière suivante sur l'état de la santé dentaire et psychique de la recourante.

4.1 Selon le rapport du 4 juin 2013 de l'expert spécialiste en chirurgie orale et maxillo-faciale, les lésions dentaires subies par la recourante trouvent principalement leur origine dans des caries dentaires préexistantes, apparues dès 2006. Ce spécialiste exclut qu'il faille imputer le dommage dentaire de la recourante à des lésions érosives initiales (provenant d'un reflux gastrique) au motif que la patiente a déclaré expressément ne pas avoir souffert de boulimie ou s'être imposé des manœuvres d'auto-vomissements et que, selon un cliché radiographique au dossier, les zones d'érosion se situent latéralement (au lieu d'être situées sur les dents de devant dans ce type de cas, dos. intimée 71 ch. 3.4.4). L'expert considère que le processus de détérioration des dents de l'assurée découle d'un concours de circonstances malheureuses, à

savoir des caries débutantes n'ayant pu être soignées/diagnostiquées de manière adéquate, mêlées à une maladie psychique. Cette dernière a exacerbé le problème dentaire de l'assurée sous deux aspects: la xérostomie et les troubles psychiques susceptibles de représenter un obstacle à une hygiène buccale appropriée (dos. intimée 71 ch. 3.4.2). Interrogé précisément sur l'origine des lésions survenues, l'expert explique que le dommage dentaire doit être attribué (sans pouvoir en préciser les proportions) tant à un manque d'hygiène (qualifié de flagrant selon lui, *desolate Mundhygiene*, dos. intimée 71 ch. 3.4.2), qu'à un manque de salivation (xérostomie), carence pouvant avoir de multiples incidences, telle qu'une propension à la survenance de caries notamment. Si l'expert considère les lésions dentaires tant comme une conséquence directe qu'indirecte de l'anorexie, il précise encore que même en présence de sécheresse buccale, l'évolution (désastreuse) qu'a connue la bouche de l'assurée aurait pu être évitée moyennant d'abord un traitement dentaire approprié puis, par la suite, une hygiène buccale optimale suffisante. Ces deux mesures précitées auraient dû être entreprises dès le début des problèmes dentaires de l'assurée, soit en 2006, voire en 2007 au plus tard, lors de l'aggravation desdites lésions (dos. intimée 71 ch. 3.4.5 et 4.2).

4.2 L'expert, médecin spécialiste FMH en psychiatrie/psychothérapie, dans son rapport du 22 juillet 2014, a confirmé le diagnostic d'anorexie mentale (CIM F50.0, dont il a qualifié les effets objectifs au jour de l'examen de la recourante de "faiblement perceptibles", dos. intimée 91 p. 25) ayant débuté, selon les pièces versées au dossier en 2005, avec notamment des traits accentués de la personnalité, des troubles anxieux dépressifs, des comportements compulsifs, une pratique excessive d'exercices physiques et de multiples conséquences somatiques. Il considère, en se référant en particulier à un rapport du 24 février 2009 du médecin traitant de l'assurée, que la recourante a certes subi une incapacité totale de travailler dans l'enseignement depuis fin 2006 jusqu'au 31 juillet 2009, mais qu'elle était toutefois à même, selon un degré de vraisemblance prépondérante, d'assumer ses travaux ménagers. Il en déduit qu'avec une vraisemblance prépondérante, elle ne pouvait être dans l'impossibilité totale de veiller à son hygiène personnelle et, partant, de se laver les dents. L'expert motive cette conclusion notamment par le fait que

même en séjour stationnaire en 2007/2008, soit dans les phases les plus aiguës de la maladie, la recourante a été à même de se soucier de l'état de santé de ses dents, en sollicitant un assainissement complet de sa mâchoire, de sorte que, selon lui, entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2008 (dos. intimée 91 p. 28), l'assurée disposait bien des facultés psychiques nécessaires lui permettant d'assurer une hygiène buccale suffisante. Toujours selon l'expert, le fait que la recourante, dans son contexte maladif, se soit imposé une liste de contraintes quotidiennes ne saurait non plus justifier une impossibilité totale de pourvoir à ses soins dentaires.

5.

D'un point de vue strictement formel tout d'abord, l'expertise dentaire du 4 juin 2013, sollicitée par l'intimée suite au JTA 2011/1230 du 17 juillet 2012, répond aux exigences posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (c. 2.2). Il est vrai que l'expert soulève quelques imprécisions des questions qui lui sont posées par rapport au contenu du dossier à sa disposition (et que ce contenu exact du dossier n'est pas énuméré ni dans le mandat d'expertise ni par l'expert). Il découle cependant du dossier, tel que fourni au Tribunal, que l'expert a su reconstituer la chronologie des documents (malgré quelques confusions de dates dans les questions) et se référer aux pièces déterminantes. L'expert a établi son rapport après un examen clinique (dentaire) de l'assurée ayant eu lieu en février 2013. Il a rendu ses conclusions sur la base d'une étude fouillée du dossier médical et dentaire de l'assurée, après avoir dressé une anamnèse personnelle de la recourante et confronté son point de vue médico-dentaire à celui de ses confrères sur la base de bilans radiologiques établis durant le processus maladif de la recourante. Sur le plan matériel, l'expert a de surcroît abordé les questions laissées ouvertes par le TA dans son jugement du 17 juillet 2012. Ainsi, sur la question de la présence éventuelle d'un taux important d'acides, il a exclu, après avoir examiné les clichés à sa disposition et sur la base de l'anamnèse de la recourante, de mettre en relation les lésions dentaires survenues avec l'existence d'un reflux gastrique. L'expert a aussi expliqué de manière

convaincante pour quelles raisons il considère que les lésions dentaires initiales (et à l'origine du dommage subséquent) n'étaient pas de nature érosive, mais bien liées à des caries préexistantes et apparues dès 2006 (ce que les parties ne contestent d'ailleurs pas) du fait que les zones d'érosion se situaient principalement latéralement (et non sur les dents de devant, dos. intimée 71 ch. 4.4). Interrogé sur l'origine des lésions survenues, l'expert, après examen du dossier, a retenu (à l'instar de l'avis du dentiste-conseil de l'intimée) que celles-ci étaient dues tant à un manque flagrant d'hygiène qu'à un processus de salivation en baisse (xérostomie) en raison de l'anorexie (dos. intimée 71 ch. 3.4.2); ce dernier point, contrairement à l'avis de la recourante, a dès lors bien été examiné par l'expert en médecine dentaire. Quant à la question (non tranchée par l'expert en médecine dentaire) de savoir dans quelle proportion l'interaction de ces deux phénomènes (manque d'hygiène, salivation en baisse) s'est produite, la question peut rester ouverte en l'espèce au vu de ce qui suit. Il en va de même de l'interrogation finale de l'expert en médecine dentaire, à savoir la mesure de l'obstacle que représentait le trouble psychique lié à l'anorexie pour assurer une hygiène buccale appropriée. La réponse à cette question relève du domaine de la psychiatrie.

6.

6.1 Comme l'a précisé le TF (ATF 128 V 59 c. 4), bien que la disposition légale de l'art. 18 OPAS ne le spécifie pas expressément, l'assurance de base n'est tenue de prendre en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies graves (et leurs séquelles) mentionnées à l'art. 18 OPAS que si les lésions dentaires apparues étaient inévitables. Selon Gebhard Eugster, qui commente la conception du TF (G. EUGSTER, *Krankenversicherung*, dans: U. MEYER, *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht* [SBVR], vol. XIV, *Soziale Sicherheit*, 2^e éd., 2007, p. 543 n. 435), le traitement de caries et de lésions de type parodontite ne doit être pris en charge par l'assureur qu'à la condition que ces dernières aient été inévitables, malgré une hygiène dentaire adéquate. Afin de déterminer si, objectivement, il eût été possible d'éviter une lésion dentaire, il convient d'examiner si un assuré a déployé une hygiène buccale suffisante. Le TF a

précisé ce qu'il fallait comprendre par hygiène dentaire suffisante (ATF précité c. 4): il s'agit des soins usuels et quotidiens, tels que le nettoyage des dents, le contrôle personnel de l'évolution de sa santé buccale, les visites régulières chez le dentiste de même que chez l'hygiéniste.

6.2 D'un point de vue objectif (niveau de soins pouvant être exigé et constaté par rapport à l'état physique de la recourante), sur la base de l'expertise dentaire de juin 2013, il est admis que les premières lésions dentaires sont apparues chez l'assurée en 2006 et que c'est dès ce moment-là (jusqu'en 2007 au plus tard) que des traitements dentaires ciblés complétés par une hygiène irréprochable auraient dû être dispensés afin de pouvoir sauver les dents de la recourante. Dans ce contexte, on note que déjà dans le rapport de sortie d'hospitalisation du 12 avril 2005, un soupçon de parotidite (inflammation des glandes salivaires situées à proximité du conduit auditif externe) était déjà diagnostiqué (dos. intimée 42 ss). Au vu des déclarations de la recourante retranscrites par l'expert psychiatre (dos. intimée 91 p. 27), il est considéré que cette dernière ne s'est plus rendue chez son dentiste traitant dès l'année 2006 et jusqu'en juillet 2007 (cf. toutefois le plan de traitement et la carte dentaire, dos. recourante 12, qui fait montre d'une série de consultations de novembre 2006 à juin 2007, apparemment chez l'ancien médecin dentiste traitant). S'il n'est pas possible, au vu de l'absence de données médicales précises versées au dossier, de déterminer quel était précisément l'état sanitaire de la bouche de l'assurée de 2006 à l'été 2007, les rapports de son dentiste traitant rédigés en juillet et août 2007 (la recourante ayant organisé une visite dentaire en été 2007) permettent par contre d'affirmer que l'hygiène buccale de l'assurée était, depuis 2006 et jusqu'à cette période-là (soit à un moment où un sauvetage de la dentition de l'assurée aurait encore été possible moyennant des soins appropriés, cf. dos. intimée 12 et 71 ch. 4.2), nettement insuffisante, comme en atteste la présence de restes de nourriture dans les dents de l'assurée (dos. intimée 22 p. 3). Dans ce contexte, il ne faut pas perdre de vue que la prise en charge des soins dentaires, dans le système de l'assurance-maladie obligatoire, est en principe exclue et constitue donc une exception au système. Par conséquent, la mesure d'exigibilité, notamment s'agissant de caries, à

l'encontre d'un assuré est élevée (voir dans ce contexte ATF 124 V 346 c. 3b/bb concernant le diabète sucré, maladie pouvant aussi favoriser les caries, mais consciemment pas mentionnée aux art. 17 et 18 OPAS). Ainsi, le TF a encore précisé, dans le contexte de l'obligation de diminuer le dommage par une assurée atteinte de boulimie (arrêt TF K 175/04 du 15 juin 2005 c. 1.3 et les références citées) que cette dernière, si sa constitution physique fragilise sa santé dentaire, ne peut se contenter d'une hygiène buccale usuelle. Il est patent que la recourante, du fait de sa pathologie, se devait, d'un point de vue objectif, d'octroyer à ses dents des soins dentaires (particulièrement) adaptés (lavage méticuleux des dents, contrôle personnel de sa santé buccale, visites chez le dentiste ou l'hygiéniste) à sa situation de santé précaire (sécheresse buccale en raison des effets de l'anorexie sur son métabolisme – problème des glandes salivaires soupçonné depuis avril 2005), ce qu'elle n'a, au vu des pièces versées au dossier, de toute évidence, pas fait, du moins pas de façon continue.

6.3 D'un point de vue subjectif (mesure de la contrainte psychique chez la recourante), il convient encore de déterminer si l'assurée, en raison de son état psychique, était uniquement entravée pour apporter les soins nécessaires à ses dents ou si, au contraire, elle était totalement incapable de pourvoir à ces soins minimaux. Autrement dit, il ne s'agit pas d'examiner si le non-respect de l'obligation imposée à cette dernière, pouvait, subjectivement, être excusable. Il faut se fonder sur une inexigibilité objective (ATF 128 V 59 c. 4a et 4b; G. EUGSTER, op. cit., p. 543 n° 435). Tel est le cas, selon le TF, lorsqu'une personne n'est pas en mesure de se rendre compte de la nécessité de maintenir une bonne hygiène dentaire ou lorsque les souffrances psychiques importantes, lesquelles ont perduré, ne le lui ont pas permis (arrêt TF K 175/04 du 15 juin 2005 c. 1.4). A cet égard, l'expertise en psychiatrie (dont la force probante, au demeurant, ne saurait être remise en question au vu des exigences jurisprudentielles qu'elle satisfait elle aussi, c. 2.2) répond de manière convaincante à la question (alors laissée ouverte par le TA dans son JTA 2011/1230 du 17 juillet 2012) de savoir si les manquements de l'assurée à sa santé dentaire devaient être considérés comme objectivement explicables par la gravité de l'affection psychique ou non. Ainsi, il est incontesté que les conséquences

somatiques de la pathologie psychique de la recourante se sont manifestées de la manière la plus grave dès décembre 2007, lorsque l'état de santé physique alarmant (un poids de 38 kg pour une taille de 165 cm ayant notamment été constaté) de l'assurée a nécessité une première hospitalisation en milieu stationnaire du 17 décembre 2007 au 13 janvier 2008 (dos. intimée 29). L'expert psychiatre, selon les indications du médecin traitant de l'assurée (dos. intimée 42 J), a lui relevé que même dans la phase la plus aiguë de la maladie, la recourante était certes dans l'incapacité totale d'exercer sa profession d'enseignante, mais qu'au vu du degré de la vraisemblance prépondérante, elle était à même de mener à bien ses tâches ménagères et, partant, d'assumer son hygiène personnelle, dont font partie les soins dentaires (dos. intimée 91 p. 27). Si ce spécialiste reconnaît cette capacité à la recourante au moment où la maladie est la plus virulente, le TA ne saurait retenir qu'en 2006 (en 2007 au plus tard, date la plus avancée à laquelle des soins adéquats auraient pu sauver la santé dentaire de l'assurée, cf. c. 4.1), l'assurée était alors totalement incapable de prodiguer des soins minimaux à ses dents, voire de se rendre chez le dentiste (et d'insister auprès de celui-ci, tout en se conformant aux prophylaxies figurant dans les notes du dossier dentaire, dos. recourante 12). A cette période-là, en effet, la maladie psychique de la recourante (ou ses répercussions) n'était pas encore aussi agressive. Par conséquent, au vu des motifs exposés ci-dessus, le TA retient que les lésions dentaires dont a souffert la recourante étaient, avec une vraisemblance prépondérante, évitables, moyennant le déploiement de soins adéquats qui, toujours selon une vraisemblance prépondérante, étaient exigibles de la recourante au vu de son état de santé psychique et ce, même si prodiguer de tels soins, pour cette dernière, demeurait astreignant. Peu importe qu'elle ait ou non été expressément rendue attentive au risque que sa dentition cariait (ce qui semble avoir été le cas au vu des notes du dossier dentaire, dos. recourante 12). L'évolution de sa situation, dès l'apparition des troubles salivaires, voire des premières caries, suffisait pour rendre exigible une reprise du contrôle de la situation. Que dans la phase aiguë de l'anorexie dès fin 2007, des traitements dentaires aient été rendus plus difficiles ne permet pas d'ignorer la phase antérieure durant laquelle le dommage aurait pu être évité.

7.

7.1 Au vu de ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté.

7.2 Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

7.3 La recourante n'obtenant pas gain de cause, il n'y a pas lieu de lui allouer des dépens, ni d'indemnité de partie (art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté dans la mesure où il est recevable.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

La juge:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).