

200.2017.973.CM

N° AVS
NIG/REN

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

Jugement du juge unique du 20 mai 2019

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, juge
G. Niederer, greffier

A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

EGK Assurances de Base SA
Brislachstrasse 2, case postale, 4242 Laufen
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 3 octobre 2017



En fait:

A.

A. _____, née en 1943, retraitée, a annoncé, par déclaration d'accident du 27 août (ou septembre - chiffre peu lisible) 2016, avoir été victime d'une chute dans l'escalier de sa cave le 21 août 2016 à l'EGK Assurances de Base SA (son assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie [LAMal, RS 832.10]). Dans le formulaire d'annonce, elle a indiqué avoir subi des contusions et hématomes sur tout le corps. En relation avec le même événement, l'assurée a encore établi une seconde déclaration d'accident, datée du 3 avril 2017, mentionnant notamment des séquelles dentaires. Par décision du 29 juin 2017, EGK Assurances de Base SA a refusé de prendre en charge les frais du traitement dentaire se rapportant à la dent n° 11.

B.

L'opposition formée en date du 29 août 2017 par l'assurée, représentée par un avocat, a été rejetée dans une décision sur opposition d'EGK Assurances de Base SA du 3 octobre 2017.

C.

L'assurée, toujours représentée, a porté le litige devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA) par mémoire de recours du 3 novembre 2017, dans lequel elle a en substance conclu à l'annulation de la décision sur opposition précitée d'EGK Assurances de Base SA et à la condamnation de cette dernière aux frais du traitement dentaire de la dent n° 11 suite à l'accident du 21 août 2016, le tout sous suite de frais et dépens. La recourante a encore produit une attestation médicale par envoi du 13 novembre 2017. Dans sa réponse du 30 novembre 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. Dans le délai imparti à l'intimée pour compléter le dossier produit (ce qu'elle a fait par courrier du 12 décembre 2017), la

recourante, par écrit du 11 décembre 2017, a encore fait parvenir une nouvelle attestation médicale. La recourante a répliqué le 8 janvier 2018, en confirmant ses conclusions. Sur demande du TA, elle a encore fourni des précisions au sujet des frais de traitement dont la prise en charge était demandée, ce par courriers du 30 janvier et du 20 février 2018, deux nouvelles pièces justificatives (PJ) étant jointes à ce dernier envoi. L'intimée n'a pas pris position sur ces mesures d'instruction complémentaires dans le délai qui lui a été imparti pour ce faire.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 3 octobre 2017 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette la demande de prise en charge des soins dentaires relatifs à la dent n° 11. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision sur opposition et la prise en charge de l'intégralité des coûts en question. L'ampleur exacte de ceux-ci ne ressort toutefois pas clairement du recours. Selon la détermination de la recourante, du 30 janvier 2018, il s'agit des frais de la première consultation du 8 décembre 2016 (Fr. 136.40 pour les démarches suivantes: diagnostic, formulaire, test de vitalité et radiographie; voir dossier [dos.] de l'intimée, p. 12/3 et PJ 4/1 du recours), des frais pour la réalisation d'une radiographie en trois dimensions le 13 janvier 2017 (Fr. 211.20), ainsi que des frais relatifs à la consultation du 27 février 2017 (Fr. 171.50; diagnostic, consultation, information/discussion, bref examen de l'état parodontal, voir PJ 4/2 du recours), soit un total de Fr. 519.10. Est particulièrement critiqué par la recourante l'avis de l'intimée selon lequel aucun lien de causalité n'existe entre l'accident du 21 août 2016 et les séquelles dentaires.

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]).

1.3 La valeur litigieuse étant manifestement inférieure à Fr. 20'000.-, le jugement de la cause incombe au juge unique de la Cour des affaires de langue française du TA (art. 54 al. 1 et 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 TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal). L'assurance-maladie sociale alloue également des prestations en cas d'accident, dans la mesure où aucune assurance-accidents n'en assume la prise en charge (art. 1a al. 2 let. b LAMal). En cas d'accident au sens de cette disposition, l'assureur-maladie prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie (art. 28 LAMal; voir aussi l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances [TFA, ancienne dénomination des Cours de droit social du Tribunal fédéral] K 7/04 du 27 janvier 2005 c. 2.1). En matière de soins dentaires, l'art. 31 al. 2 LAMal dispose que l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts du traitement des lésions du système de la mastication causées par un accident selon l'art. 1a al. 2 let. b LAMal.

2.2 En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputée 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.

2.3 Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 c. 3.1, 129 V 402 c. 4.3).

2.4 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6).

3.

3.1 Dans la décision sur opposition contestée, l'intimée a confirmé le refus de prise en charge des soins apportés à la dent n° 11 selon les motifs exposés dans la décision du 29 juin 2017, à savoir que l'annonce tardive de la lésion dentaire allait à l'encontre d'un lien de causalité d'une vraisemblance prépondérante entre l'accident et cette atteinte. L'intimée a rejeté l'opposition de la recourante en précisant qu'il ressort d'un rapport médical d'une médecin généraliste ainsi que d'un rapport d'une clinique privée que la recourante présentait déjà un état dégénératif avant l'accident

du 21 août 2016 (sous la forme d'une coxarthrose) et qu'aucune fracture ne s'est produite lors de cet événement. L'intimée a également souligné qu'hormis des douleurs à la marche, aucun diagnostic n'est venu s'ajouter à ceux qui avaient déjà été posés avant l'accident. Selon l'intimée, l'allégation de la recourante, d'après laquelle elle n'aurait pas pu consulter son dentiste avant le 8 décembre 2016 n'est pas établie à un degré de vraisemblance prépondérante, ce d'autant plus que, selon les factures versées au dossier, la recourante a en revanche été en mesure de se rendre chez d'autres fournisseurs de prestations à compter du 23 août 2016. Dans sa réponse du 30 novembre 2017, l'intimée a encore renvoyé à l'avis de son dentiste-conseil, du 26 juin 2017, et exposé qu'il est dans la nature des choses qu'un médecin-conseil n'est pas à même d'apprécier personnellement, rapidement et directement la situation médicale litigieuse. L'intimée a encore rappelé, s'agissant de la preuve des arguments de l'assurée, que le dentiste-traitant est lié par un rapport de confiance avec sa patiente, ce qui justifie d'accorder moins de poids à son analyse.

3.2 Dans son recours du 3 novembre 2017 et sa réplique du 8 janvier 2018, la recourante affirme que l'accident a eu des répercussions importantes sur son dos ainsi que sur ses articulations, si bien que ses problèmes dentaires ont été relégués au second plan et qu'elle ne les a pas mentionnés dans la première déclaration d'accident. Elle ajoute qu'elle est restée longtemps immobilisée, ce qui explique qu'elle n'a pu consulter son dentiste que le 8 décembre 2016. La recourante précise que cette consultation a eu lieu en raison d'une mobilité importante et d'une inflammation gingivale de la dent n° 11. Elle souligne que, durant cette visite, elle a rapporté être tombée et avoir subi un choc aux dents. La recourante déclare aussi que, sur le plan dentaire, un diagnostic clair n'a pu être posé qu'après la réalisation d'une radiographie en trois dimensions auprès d'un spécialiste et que ce diagnostic a ensuite été annoncé sans tarder à l'intimée. La recourante reproche au dentiste-conseil de l'intimée de ne jamais l'avoir examinée et de ne pas avoir pris contact avec ses dentistes-traitants. Elle relève enfin, pièce à l'appui, que son médecin-dentiste n'a constaté aucun problème dentaire en mars 2016 (avant l'accident) et avance que le fait qu'elle soit retournée en consultation en fin d'année alors qu'un contrôle/détartrage avait eu lieu le 22 mars 2016

démontre qu'elle souffrait des conséquences de l'accident, étant précisé que cette consultation était bien antérieure à la seconde déclaration d'accident. Selon la recourante, c'est donc à tort que l'intimée a contesté son obligation de prise en charge.

4.

4.1 En l'espèce, dans une déclaration d'accident du 27 août/septembre (voir A) 2016, la recourante a décrit l'événement du 21 août 2016 comme suit: "[e]n descendant l'escalier de la cave, j'ai manqué une marche et suis tombée sur le béton du sol de la cave". Dans une rubrique "Genre de blessures?", elle a tracé d'une croix les cases "Hématome" et "Contusion". La case "Lésion dentaire" n'a pas été cochée. Sous une parenthèse contenant les termes: "description précise, partie du corps, dents, etc.", la recourante a indiqué: "[t]out le corps". Il ressort en outre de ce document que les premiers soins ont été prodigués le 23 août 2016.

4.2 A cette date, une radiographie de la hanche et du fémur de la recourante a été réalisée auprès d'une clinique privée. Dans le rapport établi à cet effet, des douleurs à la marche et une suspicion de fracture après une chute ont été mentionnées. Aucun signe de fracture n'a toutefois été décelé. De l'arthrose à la hanche ainsi qu'au fémur droit, de même qu'une évolution dégénérative de l'articulation ilio-sacrée distale ont cependant été mises en relief. Après une consultation du 5 octobre 2016 (dos. de l'intimée, p. 30), une nouvelle radiographie a été réalisée le 18 novembre 2016 au sein de la même clinique. Dans son rapport, celle-ci a souligné la présence d'une fracture au bassin datant d'une époque indéterminée, de même que d'atteintes dégénératives. D'après une note manuscrite non datée de la médecin consultée après l'accident et reçue le 13 septembre 2017 par l'intimée, la recourante a présenté une immobilisation des articulations de la partie droite du corps mais aussi de la mâchoire et de la bouche, ce pour une durée de 6 mois (dos. de l'intimée, p. 22). Plusieurs traitements ont à cet égard été pris en charge par l'intimée jusqu'au 30 juin 2016 (dos. de l'intimée, p. 33 à 38).

4.3 Le 7 mars 2017, un médecin-dentiste, spécialiste en parodontologie, a adressé à l'intimée un formulaire d'assurance-accidents se référant à l'accident litigieux. Selon ce document, un examen réalisé à cette date a abouti au constat que la dent n° 11 a été contusionnée (heurtée) et qu'elle est atteinte de parodontose (ainsi que 12 autres dents). Un curetage sous anesthésie et, éventuellement, un flap parodontal ont été proposés à titre de traitement. Une estimation d'honoraires de Fr. 700.60 a été présentée à l'intimée pour ces soins (notamment: diagnostic, consultation, formulaire, anesthésie par infiltration, curetage sous-gingival, intervention avec lambeau, traitement de la plaie; voir dos. de l'intimée, p. 4/2).

4.4 Par écrit du 12 mars 2017 adressé en copie à la recourante, l'intimée a informé le spécialiste précité qu'elle refusait la prise en charge du traitement découlant du devis dentaire du 7 mars 2017. Elle a relevé que la recourante n'avait signalé aucune lésion dentaire dans sa déclaration d'accident du 27 août/septembre 2016 et a prié ce médecin-dentiste d'adresser directement ce devis à sa patiente.

4.5 Dans un envoi du 30 mars 2017, le spécialiste consulté par la recourante a dès lors fait parvenir une facture d'honoraires de Fr. 133.30 à l'intimée pour sa consultation du 7 mars 2017, portant uniquement sur les coûts de diagnostic, de consultation et d'établissement d'un formulaire. Sur ce montant, l'intimée a pris en charge Fr. 68.20, à savoir la part relative à l'établissement d'un formulaire (dos. de l'intimée, p. 36).

4.6 Le 3 avril 2017, la recourante a rempli une seconde déclaration d'accident. Dans celle-ci, elle a mentionné que: "suite à l'accident du 21.8.16 (déclaration du 27.9.2016), des séquelles ont été constatées au niveau de la tête en particulier des mâchoires et des yeux. D'où le traitement c/o médecin dentiste [...]". La recourante a en effet mentionné avoir été traitée le 8 décembre 2016 par son médecin-dentiste. Sous la rubrique: "Genre de blessures?", elle a marqué d'une croix la case: "Lésion dentaire", précisant que les "incisives supérieures [étaient] mobiles".

4.7 En réponse à cette déclaration d'accident, l'intimée a écrit à la recourante, le 12 avril 2017, qu'elle n'était pas en mesure de prendre en

considération cette nouvelle annonce, la première déclaration faisant foi. L'intimée a répété que ce premier document ne mentionnait aucune lésion dentaire et qu'elle n'avait reçu aucune demande de prise en charge consécutive à l'accident du 21 août 2016 de la part du dentiste-traitant, ni aucune réclamation du spécialiste en parodontologie contre le refus de prise en charge de son traitement. L'intimée a par conséquent confirmé son refus de prise en charge, faute de lien de causalité entre l'accident et la consultation du 7 mars 2017.

4.8 Attestant avoir vu la recourante le 8 décembre 2016, le dentiste-traitant de cette dernière a expliqué, dans un envoi à l'intimée du 1^{er} mai 2017, qu'il a été consulté en raison d'une mobilité importante de la dent n° 11, accompagnée d'une inflammation gingivale. La recourante lui aurait rapporté avoir subi une chute à la fin août 2016 et un choc aux dents. Le médecin a ajouté qu'il suspectait une fracture osseuse et qu'il a de ce fait adressé sa patiente à un spécialiste en chirurgie orale en vue de réaliser une radiographie en trois dimensions, puis à un spécialiste pour traiter la lésion. Dans son écrit, le médecin a aussi souligné que sa patiente avait connu des conséquences importantes au dos et aux articulations, qui l'avaient empêchée de se déplacer et fait passer ses problèmes dentaires au second plan, la recourante n'ayant ainsi pu le consulter qu'après que ses douleurs articulaires lui avaient permis de se déplacer. Il a finalement déclaré avoir conseillé à la recourante d'informer au plus vite l'intimée des conséquences dentaires, ajoutant qu'il n'a pas fait l'annonce lui-même dès lors qu'en principe, l'assurance fait parvenir elle-même aux médecins les documents relatifs aux demandes de prise en charge.

4.9 Selon sa lettre du 10 mai 2017, l'intimée s'est à nouveau référée à la première déclaration d'accident et a ajouté que les médecins-dentistes doivent présenter leur devis dentaire aux assureurs avant le début des traitements, afin qu'ils puissent donner leur approbation écrite aux travaux à exécuter. L'intimée a contesté qu'il lui incombait d'envoyer les formulaires adéquats, précisant qu'elle prenait le soin de le faire à bien plaisir, afin de faciliter les démarches administratives lorsque des lésions dentaires sont mentionnées sur la déclaration d'accident, ce qui n'avait toutefois pas été le cas en l'espèce. L'intimée a nié que la seconde déclaration d'accident

revête une quelconque valeur légale et a répété que faute de demande de prise en charge et d'informations prouvant le lien de causalité entre l'accident et la consultation du 8 décembre 2016, elle maintenait son refus.

4.10 Le spécialiste en chirurgie orale précité s'est adressé à l'intimée le 7 juin 2017 en expliquant essentiellement que la réalisation d'une radiographie en trois dimensions était justifiée et que la situation clinique urgente avait empêché le dépôt préalable d'une demande de prise en charge. En raison de la complexité du cas, il a sollicité une réévaluation par le dentiste-conseil de l'intimée et prié cette dernière de prononcer une décision en cas de maintien du refus de prise en charge.

4.11 L'intimée a répondu le 12 juin 2017. Elle a souligné qu'aucune demande de prise en charge d'un traitement dentaire ne lui était parvenue de la part du spécialiste en chirurgie orale et qu'elle n'était en possession d'aucune information ou radiographie, ni d'aucun rapport médical émanant de l'un des spécialistes consultés. L'intimée a ajouté que la première consultation était intervenue près de 4 mois après l'accident, de sorte qu'elle doutait que la situation clinique était urgente. Elle a néanmoins prié ce spécialiste et le dentiste-traitant d'adresser à son dentiste-conseil toutes les informations nécessaires afin qu'il puisse se déterminer.

4.12 Par envoi du 16 juin 2017 du dentiste traitant la recourante, l'intimée s'est encore vu adresser un formulaire de lésions dentaires selon la LAMal. Celui-ci était accompagné d'une facture de Fr. 136.40 pour un diagnostic, l'établissement d'un formulaire, un test de vitalité et une radiographie.

4.13 Finalement, dans son rapport médical du 26 juin 2017, le dentiste-conseil de l'intimée s'est prononcé au sujet de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 21 août 2016 et les traitements dentaires qui ont suivi. Dans ce document, il a relevé qu'aucun examen dentaire n'était intervenu immédiatement après l'accident et qui constaterait à un degré de vraisemblance prépondérante que ce dernier a entraîné des lésions dentaires. Il a également souligné qu'aucun indice de dégât dentaire n'a été mentionné lors des examens médicaux relatifs aux conséquences de la chute sur le reste du corps et qu'aucune douleur à la mâchoire, en particulier dans la zone des dents de devant, n'a justifié un examen à

l'hôpital. Le dentiste-conseil a ajouté que le constat selon lequel la dent n° 11 était mobile a été retenu environ 4 mois après l'accident, sans conclusion quantitative et sans qu'un diagnostic ne soit retenu. Il a encore expliqué que le spécialiste en chirurgie orale et le spécialiste en parodontologie n'ont pas établi un quelconque constat fondé avec une vraisemblance prépondérante sur un traumatisme, ni retenu de diagnostic correspondant, ni encore constaté qu'un traitement était nécessaire. Ils n'ont pas non plus présenté de demande de prise en charge pour un tel traitement à l'assurance-maladie. Le dentiste-conseil a également affirmé qu'une radiologie conventionnelle aurait suffi à mettre en lumière une éventuelle fracture de la racine. En conclusion, il a retenu qu'aucun dommage dentaire lié à l'accident et nécessitant un traitement n'était établi à un degré de vraisemblance prépondérante et a par conséquent conseillé le maintien du refus de prise en charge des frais dentaires.

5.

5.1 En droit des assurances sociales s'applique la règle de preuve selon laquelle les déclarations dites de la "première heure" sont en général plus objectives et plus fiables que des explications données par la suite, qui peuvent être influencées consciemment ou non par des réflexions subséquentes inspirées par le droit des assurances ou d'une autre manière (ATF 143 V 168 c. 5.2.2, 121 V 45 c. 2a).

5.2 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 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 (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

5.3 Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de

contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee). Selon la jurisprudence, les expertises réalisées sur la seule base du dossier ne peuvent être remises en doute si les pièces au dossier fournissent une image complète de l'anamnèse, de l'évolution et du status actuel et si ces données sont incontestées. Les résultats des examens doivent être exhaustifs. L'expert doit être en mesure de se faire, sur la base des documents à disposition, une image complète et exhaustive (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b). S'agissant des avis du médecin de famille, le juge peut et doit toutefois tenir compte du fait qu'eu égard à la relation de confiance établie avec son patient, le médecin de famille aura plutôt tendance, dans le doute, à favoriser celui-ci (ATF 125 V 351 c. 3b/cc; SVR 2015 IV n° 26 c. 5.3.3.3).

6.

6.1 En l'occurrence, ainsi que l'a évoqué l'intimée, l'absence de toute mention d'une atteinte dentaire sur la première déclaration d'accident (à laquelle il convient d'accorder davantage de crédit, voir c. 5.1) tend à remettre en cause l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 21 août 2016 et les traitements dont la prise en charge a été requise. Cela vaut d'autant plus que le formulaire d'annonce accident contient expressément deux rubriques propres à cette problématique (voir c. 4.1). De plus, comme l'a aussi avancé le dentiste-conseil de l'intimée (voir c. 4.13), dont les conclusions ne sauraient du reste être écartées du seul fait qu'il n'a pas vu personnellement la recourante ou parce qu'il ne s'est pas entretenu avec les dentistes consultés par cette dernière (voir art. 3 du

recours; aucune violation du principe de l'instruction d'office n'en découlant par ailleurs dès lors que celui-ci s'est prononcé en pleine connaissance du dossier de la cause, voir c. 5.3), on ne peut ignorer que les atteintes dentaires annoncées par la recourante n'ont été communiquées à l'intimée que le 3 avril 2017, près de 4 mois après la première consultation du 8 décembre 2016 auprès du dentiste-traitant. S'il apparaît effectivement qu'un avis médical atteste que la recourante est demeurée immobilisée en raison des séquelles découlant de sa chute pendant une période de 6 mois à compter de cet événement (voir c. 4.2), cette appréciation peine cependant à convaincre. En effet, cette dernière ressort non seulement d'une note manuscrite non datée, mais elle est également rétroactive et dépourvue d'une motivation circonstanciée, seule la présence de douleurs étant évoquée (dos. de l'intimée, p. 22). Faute de contenir davantage de précisions, ce document ne permet ainsi aucunement de comprendre en quoi la recourante aurait été dans l'impossibilité de se rendre chez le dentiste avant le 8 décembre 2016. Le dossier ne fait par ailleurs état d'aucune hospitalisation. Au contraire, comme l'a aussi indiqué l'intimée, la recourante a été en mesure de se rendre en consultation dans une clinique privée et dans un cabinet médical, soit les 23 août, 5 octobre et 18 novembre 2016 (voir c. 4.2 et dos. de l'intimée, p. 26). De plus, les examens qui ont suivi l'événement accidentel ont mis en relief des atteintes antérieures à celui-ci, mais aucune fracture, ni aucun signe de dommage déterminant découlant de l'événement du 21 août 2016, ce qu'a aussi évoqué à bon droit le dentiste-conseil de l'intimée. La recourante l'a par ailleurs également confirmé (voir dos. de l'intimée, p. 18). Ce faisant, l'affirmation de la recourante selon laquelle les répercussions importantes de l'accident sur son dos et ses articulations ont relégué ses problèmes dentaires au second plan et empêché une consultation chez le dentiste avant le 8 décembre 2016 n'est pas établie à un degré de vraisemblance prépondérante.

6.2 De surcroît, il y a aussi lieu de tenir compte du fait que, comme l'a attesté le spécialiste en parodontologie de la recourante dans le questionnaire complété le 7 mars 2017, la dent n° 11 est aussi atteinte de parodontose, tout comme une douzaine d'autres dents (voir dos. de l'intimée, p. 4/2). Une parodontite chronique généralisée a par ailleurs été

diagnostiquée par ce même spécialiste, dans son écrit du 27 février 2017, dans lequel il a aussi fait état d'une perte osseuse vestibulaire traumatique de la dent n° 11 (PJ 6 du recours; voir aussi dos. de l'intimée, p. 12/2). De plus, une quinzaine de dents ont déjà été traitées par le passé (voir dos. de l'intimée, p. 12/2). En pareil contexte, la thèse défendue par la recourante, d'après laquelle la consultation du 8 décembre 2016 est intervenue du fait que cette dent est notamment devenue mobile des suites de l'accident, ne s'impose pas non plus et doit au contraire être relativisée. Cela apparaît d'autant plus juste qu'aucun des dentistes consultés n'a expressément défendu le point de vue de la recourante. Elle-même a annoncé la lésion dentaire dans un cadre général de séquelles au niveau de la tête (dont aucune autre ne semble avoir fait l'objet de prestations d'après le dossier, même pas celle aux yeux expressément mentionnée), en incluant toutes les incisives supérieures (voir c. 4.6). Le spécialiste en parodontologie s'est quant à lui borné à demander la prise en charge par l'intimée des traitements prodigués et envisagés (voir dos. de l'intimée, p. 4), le dentiste traitant la recourante s'est limité à expliquer s'être fondé sur les propos de sa patiente, qui lui a rapporté avoir subi un choc aux dents (dos. de l'intimée, p. 8) et le spécialiste en chirurgie orale a uniquement exposé avoir pu exclure la présence d'une fracture de racine par le biais d'un cliché en trois dimensions (voir dos. de l'intimée, p. 10). Il apparaît aussi que le spécialiste en parodontologie n'a pas insisté lorsque l'intimée n'a pris en charge que les coûts d'établissement d'un formulaire (Fr. 68.20; dos. de l'intimée, p. 27 et 36) sur le montant total de Fr. 133.30 qu'il a facturé par envoi du 30 mars 2017, étant rappelé que ce dernier a été établi suite à un premier refus de l'intimée de prendre en charge une somme de Fr. 700.60, devisée le 7 mars 2017 et portant sur "la partie non accidenté[e]" de la dentition de la recourante (voir PJ 6 du recours). De plus, contrairement à l'affirmation de cette dernière, un diagnostic clair ne ressort nullement du dossier et cela même après la réalisation de la radiographie en trois dimensions (voir art. 2 du recours).

6.3 A l'inverse du point de vue de la recourante, on ne saurait non plus retenir qu'il est établi à un degré de vraisemblance prépondérante que la facture de Fr. 171.50 du spécialiste en parodontologie, versée en procédure par envoi du 20 février 2018, est liée (ne serait-ce que

partiellement) à l'événement accidentel du 21 août 2016. En effet, cette facture est datée du 9 mars 2017 et mentionne se rapporter à une consultation du 27 février 2017, en l'occurrence pour les prestations suivantes: diagnostic, consultation, information/discussion avec la patiente, bref examen de l'état parodontal (voir PJ 4/3 du recours). Dans son courrier du 16 février 2018, le spécialiste en parodontologie a toutefois précisé qu'aucun soin n'a été prodigué durant cette consultation mais qu'une analyse de l'état parodontal et une discussion sur le diagnostic, de même que sur la thérapie ont eu lieu. Cela étant, force est d'admettre que ces prestations étaient liées à la problématique de la parodontose et non à l'accident du 21 août 2016. Cette conclusion s'impose d'autant plus que sur le formulaire LAA "lésions dentaires [...]" du 7 mars 2017 (établi postérieurement à la consultation précitée), ce spécialiste a mentionné cette même date sous la rubrique: "date de la première consultation" et non le 27 février 2017. De plus, dans l'écrit qu'il a rédigé à cette dernière échéance (PJ 6 du recours), le spécialiste en parodontologie a indiqué que, s'agissant du "cas accident", un curetage de la dent n° 11 était à planifier en guise de traitement. Or, des curetages ont également été recommandés pour d'autres dents, en raison de poches augmentées. Ce spécialiste n'a d'ailleurs pas fait état du curetage de la dent n° 11 dans son écrit du 16 février 2018. On peut encore relever que le remplacement de composite n'a pas non plus été prévu seulement pour la dent litigieuse mais également pour la dent n° 12 (voir PJ 6 du recours).

6.4 Concernant la facture du dentiste-traitant, du 16 juin 2017, il n'est pas non plus inintéressant de constater que, dans le cadre de la présente procédure, ce médecin n'a confirmé que le montant de Fr. 136.40 (voir dos. de l'intimée, p. 12/3). Il n'a ainsi pas fait état des coûts de remplacement du composite de la dent n° 11 (voir PJ 4 et 6 du recours). En outre, dans son attestation du 7 décembre 2017, produite par la recourante le 11 décembre 2017, ce dentiste a attesté qu'aucune pathologie n'était visible dans la région de cette incisive supérieure droite lors du contrôle du 22 mars 2016 (à savoir avant l'accident), ajoutant que sa patiente réalisait des contrôles et détartrages annuels. Dans la mesure toutefois où ce document ne dit mot de la parodontite généralisée constatée le 8 décembre 2016, de même que du plan de traitement parodontal envisagé (voir dos. de l'intimée,

p. 12/3 ch. 6), ce document n'apparaît que peu probant. Aussi, il convient de souligner que sous le titre "Dommages causés par l'accident" du formulaire rempli le 16 juin 2017, le dentiste qui a traité la recourante a mis en évidence la rubrique "[d]ents subluxées (devenues branlantes)" et non celle intitulée "[d]ents contusionnées (heurtées)". Il convient finalement de souligner que les frais d'investigations engagés afin d'exclure la présence d'une atteinte accidentelle ne peuvent en tous les cas être pris en charge par l'intimée au titre de l'assurance obligatoire des soins. En effet, seules les mesures de médecine dentaire faisant suite à un accident, qui sont propres à réparer l'atteinte de manière appropriée et économique, de même qu'à rétablir la fonction du système de la mastication entrent en ligne de compte, dans le contexte particulier de l'art. 31 al. 2 LAMal (GEBHARD EUGSTER, *Krankenversicherung*, in: ULRICH MEYER [édit.], *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR]*, Band XIV, *Soziale Sicherheit*, 2016, p. 564, n. 505 et p. 553, n. 479; voir aussi les arrêts du Tribunal des assurances du canton de Zurich: KV.2014.00030 du 19 août 2015 c. 2.2 et 2.3.1 s. et KV.2003.00048 du 26 août 2004 c. 3.2 § 2 in fine, avec les références citées). De telles investigations ont par ailleurs aussi été accomplies pour le reste de la dentition de la recourante, notamment en raison de l'état de parodontite chronique généralisé (voir dos. de l'intimée, p. 4 et 12/2 ainsi que PJ 5 du recours).

6.5 Enfin, comme l'intimée l'a rappelé dans ses écrits des 10 mai et 12 juin 2017, l'art. 6 al. 3 de la convention tarifaire relative aux prestations en médecine dentaire conclue entre la société suisse des médecins-dentistes et les assureurs au sens de la LAMal (disponible à l'adresse: www.dentotar.ch, sous les rubriques "Téléchargements", "Convention tarifaire" [consultée en avril 2019]), prévoit que le dentiste-traitant doit soumettre une estimation d'honoraires à l'assureur concerné avant de commencer tout traitement (voir aussi l'art. 11 de la convention). Cependant, en l'espèce, les frais engagés par la recourante l'ont été sans préavis à l'intimée. En particulier, s'agissant de la facture de Fr. 211.20 relative à la radiographie en trois dimensions réalisée auprès du spécialiste en chirurgie orale, sa nécessité, en lieu et place d'une radiographie conventionnelle, a non seulement été remise en cause par le dentiste-conseil de l'intimée (voir dos. de l'intimée, p. 13), mais les explications de

ce spécialiste en chirurgie orale, dans son courrier du 7 juin 2017, selon lesquelles la situation clinique était urgente et a empêché le dépôt d'une demande préalable de prise en charge, ne s'imposent pas non plus à un degré de vraisemblance prépondérante. En effet, à mesure que l'imagerie en trois dimensions a été réalisée le 13 janvier 2017 (dos. de l'intimée, p. 10), à savoir plusieurs mois après l'accident du 21 août 2016, on peine à admettre que cette démarche présentait un caractère urgent.

7.

Au vu de tout ce qui précède, c'est dès lors à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les frais de traitement de la dent n° 11 en retenant que l'existence d'un lien de causalité entre ces derniers et l'événement du 21 août 2016 n'est pas établie à un degré de vraisemblance prépondérante. Le recours s'avère dès lors mal fondé et doit être rejeté. Il n'est pas perçu de frais de procédure, celle-ci étant gratuite, ni alloué de dépens à la recourante qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. a et g LPGA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
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:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification 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).