

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4295/2011

ATAS/195/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 21 février 2013

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame M _____, domiciliée à Genève, représentée par
de l'Association suisse des assurés (Madame N _____)

recourante

contre

MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5,
1920 Martigny

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame M _____ (ci-après l'assurée) est affiliée auprès de MUTUEL ASSURANCE MALADIE SA (ci-après l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins depuis le 1^{er} janvier 2002.
2. Le Dr A _____, son médecin-dentiste, a établi :
 - deux factures le 17 septembre 2002, d'un montant total de 877 fr. 30 pour les soins prodigués du 25 mai au 29 août 2002, y compris 111 fr. 60 liés à un rendez-vous manqué;
 - une facture du 27 décembre 2002, d'un montant de 119 fr. 30, pour un traitement par l'hygiéniste dentaire;
 - une facture du 10 octobre 2003, d'un montant de 378 fr. 20, pour les soins du 1^{er} octobre 2003, comprenant un diagnostic, six radiographies et deux empreintes;
 - une facture du 29 décembre 2003, d'un montant de 1'883 fr. 70, pour les soins du 20 octobre au 12 décembre 2003, englobant notamment des radiographies, une extraction, un test de vitalité, des obturations et des couronnes;
 - une facture du 25 novembre 2004, d'un montant de 161 fr., comprenant notamment les frais pour une consultation manquée;
 - une facture du 12 mai 2005, d'un montant de 162 fr. 70, pour les soins du 1^{er} octobre 2002 relatifs au traitement d'un abcès, à des radiographies et à une empreinte.
3. L'assurée a par la suite consulté le Dr B _____, médecin-dentiste, qui lui a adressé :
 - une facture le 7 novembre 2005, de 2'509 fr. 65, pour les soins prodigués du 27 septembre au 4 novembre 2005;
 - une facture le 7 mars 2006, pour les soins prodigués du 6 février au 7 mars 2006, comprenant notamment les prestations codées 4025 (honoraires en fonction du temps, 5 min.), 4654L (crochet) et 4655 (dent artificielle);
 - une facture le 22 mai 2006, de 249 fr. 90, pour les soins prodigués du 5 avril au 22 mai 2006;
 - une facture le 21 septembre 2006, de 334 fr. 90, pour les soins administrés du 14 au 18 septembre 2006, dont 122 fr. 40 correspondant à un rendez-vous manqué.
4. Le 20 septembre 2007, le Dr C _____, médecin-dentiste auprès de la Section de médecine dentaire de l'Université de Genève, a diagnostiqué chez l'assurée une parodontite juvénile généralisée.

5. Pour les soins prodigués à l'assurée dès 2007, la CLINIQUE DENTAIRE DE GENÈVE a établi :
- une facture le 31 janvier 2007, de 387 fr. 60, pour les soins prodigués du 22 au 23 janvier 2007;
 - une facture le 15 février 2007, de 416 fr. 50, pour les soins donnés le 7 février 2007;
 - une facture le 30 mars 2007, de 2'390 fr. 20, pour les soins administrés du 7 au 29 mars 2007;
 - une facture le 30 avril 2007, de 156 fr. 40, pour les soins du 26 avril 2007;
 - une facture le 24 juillet 2007, de 224 fr. 40, pour les soins du 6 juillet 2007;
 - une facture le 1er juillet 2008, de 1'760 fr. 40, pour les soins prodigués du 13 au 28 juin 2008.
6. Dans son rapport d'examen parodontal du 13 février 2008, le Dr D _____, médecin-dentiste, a notamment relevé que l'assurée souffrait des séquelles d'une parodontite agressive particulière : la parodontite juvénile. Il a également constaté l'absence de plusieurs dents et la forte mobilité de certaines autres.
7. Le 9 novembre 2009, l'assurée s'est enquis auprès de l'assurance du sort réservé à la demande de remboursement qu'elle lui avait adressée le 2 octobre 2007 s'agissant des factures des Drs A _____ et B _____ et de celles de la CLINIQUE DENTAIRE DE GENÈVE du 31 janvier, du 15 février, du 30 mars, du 30 avril et du 24 juillet 2007. L'assurée a rappelé que ses problèmes dentaires découlaient d'une parodontite juvénile progressive, lésion du système de la mastication dont le traitement devait être pris en charge dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Elle a également fait parvenir à l'assurance pour remboursement la facture émise le 1^{er} juillet 2008 par la CLINIQUE DENTAIRE DE GENÈVE.
8. Par courrier du 13 novembre 2009, l'assurance a répondu qu'elle avait d'ores et déjà informé l'assurée de son refus de prendre en charge les factures en question et a produit une copie de ses décomptes de remboursement du 18 février 2008, dont il ressortait qu'elle refusait le remboursement des factures des Drs A _____ et B _____ et de celles établies les 31 janvier, 5 février, 30 avril et 24 juillet 2007 par la CLINIQUE DENTAIRE DE GENÈVE, au motif qu'il n'appartenait pas à l'assurance obligatoire des soins de prendre en charge les soins en question. L'assurance a émis l'avis que l'assurée ne pouvait ainsi revenir sur ces décisions non formelles. Quant à la facture du 1^{er} juillet 2008, elle concernait des traitements radiculaires et des obturations dentaires et non des soins parodontaux, tout comme les factures précédentes. L'affection de l'assurée étant une maladie de l'appareil de soutien de la dent, il n'y avait pas de lien avec les soins dentaires reçus, selon l'assurance.

9. Le 14 décembre 2009, l'assurée a transmis à son assurance la facture émise par la CLINIQUE DENTAIRE DE GENÈVE le 30 mars 2007 (2'390 fr. 20) en lui demandant de se déterminer. Elle a également requis une décision formelle sur le refus de la prise en charge des factures mentionnées dans son courrier du 9 novembre 2009.
10. A la demande de l'assurance, le Dr B_____ a indiqué, par courriel du 20 décembre 2009, que les soins qu'il avait dispensés à l'assurée ne relevaient pas d'une maladie du système de la mastication.
11. Egalement invité par l'assurance à se déterminer sur la nature des soins fournis, le Dr A_____ a précisé par courrier du 28 avril 2010 qu'il ne s'agissait pas de prestations à la charge de l'assurance obligatoire de soins.
12. Le 7 mai 2010, l'assurance a rendu une décision formelle aux termes de laquelle elle a rappelé que les soins dentaires n'étaient à la charge de l'assurance obligatoire des soins que s'ils étaient notamment occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication figurant sur une liste exhaustive contenue dans les dispositions réglementaires. Or, en l'espèce, tant le Dr A_____ que le Dr B_____ avaient confirmé que leurs prestations ne relevaient pas de l'assurance-obligatoire des soins. Par conséquent, l'assurance a confirmé son refus de payer leurs factures mais a en revanche accepté de s'acquitter de celles de la CLINIQUE DENTAIRE DE GENÈVE au tarif en vigueur pour les prestations de l'assurance-maladie puisque la clinique avait indiqué que les soins étaient en rapport avec une parodontite juvénile progressive.
13. Le 7 juin 2010, l'assurée s'est opposée à cette décision en tant qu'elle refusait de prendre en charge les soins administrés par les Drs B_____ et A_____. L'assurée a reproché à ses médecins de ne pas l'avoir informée qu'elle souffrait des séquelles de parodontite juvénile agressive. Elle a ajouté que dans la mesure où les soins consistaient en des arrachages de dents, des radiographies et des obturations, ils étaient selon toute vraisemblance en lien avec sa parodontite juvénile.
14. Le 8 novembre 2011, le Dr E_____, médecin-dentiste conseil de l'assurance, a émis l'avis que les traitements des Drs A_____ et B_____ n'étaient pas à la charge de celle-ci.
15. Par décision du 9 novembre 2011, l'assurance a donc confirmé son refus de prise en charge.

L'assurance a rappelé que la parodontite juvénile progressive dont souffrait l'assurée conduisait à une altération de la gencive et s'est pour le reste référée aux avis émis par les Drs A_____ et B_____ eux-mêmes ainsi que par son médecin-conseil, en relevant que les frais concernaient des soins sur les dents

(traitements de racine, couronnes et amalgames) ainsi que certains rendez-vous qui avaient été manqués.

16. Par acte du 12 décembre 2011, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition des Drs A_____ et B_____, quant au fond, à la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins dentaires prodigués par ces médecins.

La recourante allègue que les prestations en cause, soit des arrachages de dents, des radiographies et des obturations, étaient nécessaires au traitement de la parodontite agressive juvénile dont elle souffre et dont elle rappelle qu'elle n'a été diagnostiquée qu'en 2007, par le Dr C_____.

17. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 19 janvier 2012, a conclu au rejet du recours.

L'intimée allègue que la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à charge de l'assurance obligatoire de soins est exhaustive et que la prise en charge des traitements dentaires suppose que les soins soient en lien de causalité avec l'une des atteintes non évitables énumérées par les dispositions applicables. Elle ajoute que le caractère non évitable suppose en outre une hygiène buccale suffisante.

Selon l'intimée, une telle relation de causalité entre la maladie de la recourante et les traitements dentaires n'est pas établie au degré de vraisemblance prépondérante au vu des avis des Drs A_____ et B_____ et du médecin-dentiste conseil.

L'intimée invoque par ailleurs le fait que le droit à des prestations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et allègue que ce n'est qu'en date du 14 décembre 2009 que la recourante a requis la prise en charge des traitements du Dr A_____. Elle en tire la conclusion que son droit au remboursement des factures du 17 septembre et du 27 décembre 2002, du 10 octobre et du 29 décembre 2003 et du 25 novembre 2004 - atteignant un total de 3'424 fr. 50 - est prescrit (*sic*).

18. Le 2 mars 2011, la recourante a répliqué en persistant dans ses conclusions.

La recourante allègue que le diagnostic de parodontite juvénile a été posé après qu'elle a consulté les Drs A_____ et B_____, ce qui pourrait expliquer pourquoi ceux-ci n'ont pas admis que les soins prodigués devaient l'être à la charge de l'assurance obligatoire. Or, selon la recourante, la parodontite dont elle souffre est la cause de tous ses problèmes dentaires.

Quant au caractère prétendument tardif de sa demande de remboursement, la recourante fait remarquer qu'elle a agi en date du 2 octobre 2007 déjà, ce qui ressort également des décomptes de l'assurance du 18 février 2008.

19. Le 28 mars 2012, l'intimée a également persisté dans ses conclusions.

Elle soutient que les traitements prodigués par les Drs A_____ et B_____ ne relèvent pas de la parodontologie.

Elle souligne qu'elle n'a en outre pas à prendre en charge les rendez-vous manqués.

S'agissant de la péremption, l'intimée affirme que le délai a commencé à courir le jour du traitement médical et qu'en cas de maladie occasionnant plusieurs traitements, c'est la date de la première consultation qui est déterminante. Partant, même s'il fallait retenir la date du 2 octobre 2007 comme celle à laquelle le remboursement a été requis, le droit à la prise en charge des prestations dispensées par le Dr A_____ du 27 mai au 4 décembre 2002 (pour un total de 1'001 fr. 65) serait périmé.

20. Le 14 juin 2012, la Cour de céans a invité les Drs A_____ et B_____ à lui indiquer si les soins prodigués en 2005 et 2006 étaient liés à la parodontite juvénile généralisée finalement diagnostiquée en 2007 et, dans la négative, à exposer en quoi ces soins consistaient.

21. Le Dr B_____ s'est déterminé par courrier du 20 juin 2012. Il a indiqué que la facture du 7 novembre 2005 de 2'509 fr. 65 concernait essentiellement le traitement de caries. Les montants de 148 fr. 50 facturés le 3 octobre et le 3 novembre 2005 correspondaient à des détartrages réalisés en raison de l'état parodontal dégradé de la recourante. Les factures du 7 mars et 22 mai 2006 ainsi que celle du 21 septembre 2006 pouvaient effectivement être liées à une parodontite juvénile généralisée.

22. Le 19 juillet 2012, le Dr A_____ a exposé que les prestations faisant l'objet de la facture du 17 septembre 2002 étaient liées à un accident du 18 mai 2002. L'obturation sur la dent n°16 faisait partie des soins dentaires courants. Les radiographies du 27 octobre 2003, à l'instar de celle du 27 mai 2002, mettaient en évidence une perte osseuse importante au niveau du bloc incisif supérieur, laquelle pourrait être en relation avec une parodontite généralisée. La facture du 27 décembre 2002 avait trait à des soins d'hygiène et un contrôle conventionnel. Les factures du 10 octobre et du 25 décembre 2003, du 25 novembre 2004 et du 12 mai 2005 portaient sur les soins pratiqués sur des dents heurtées lors d'un accident et souffrant de parodontose.

23. Par écriture du 4 septembre 2012, la recourante a précisé que l'assurance-accidents avait refusé la prise en charge des soins prodigués par le Dr A_____ au

motif que les lésions n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident mais avec sa maladie.

Quant au Dr B _____, elle a estimé qu'il confirmait que ses prestations concernaient la parodontite juvénile généralisée, les factures du 7 mars, du 22 mai 2006 et du 21 septembre 2006 étant relatives à l'extraction de dents et la confection d'un pont provisoire.

Dès lors, la recourante a persisté dans ses conclusions.

24. Le 3 octobre 2012, l'intimée s'est quant à elle référée aux conclusions émises le 2 octobre 2012 par le Dr E _____, qu'elle a reprises en partie.

L'intimée soutient que les Drs A _____ et B _____ ne sont pas affirmatifs quant à l'existence d'un lien de causalité entre leurs soins et la parodontite.

Elle ajoute que les prestations fournies par le Dr A _____ sont en lien avec un accident et qu'on ne peut dès lors exclure que l'intégralité des prestations fournies par les médecins-dentistes consultés après le 18 mai 2002 soit liée à cet événement, de sorte qu'il faut renvoyer la recourante à agir devant son assureur-accidents.

L'intimée a produit à l'appui de sa position l'avis émis par le Dr E _____. Celui-ci y relève :

- que les détartrages relèvent de contrôles de routine,
- que la facture du 7 mars 2006 comporte des extractions dentaires mais ne spécifie ni quelles dents sont concernées ni les motifs des extractions,
- que sur la facture de 1'093 fr. 85, les positions 4025, 4654L et 4655L ne sont pas applicables lors de la mise en place d'une prothèse neuve,
- que le lien entre la pathologie de la recourante et les traitements dentaires est douteux,
- que les factures du Dr A _____ concernent notamment des rendez-vous manqués,
- qu'elles portent également sur des rendez-vous routiniers auxquels tout un chacun doit se soumettre,
- que le Dr A _____ n'est pas non plus affirmatif quant au lien de causalité entre la parodontite et les soins prodigués.

25. Par courrier du 10 décembre 2012, la recourante a indiqué n'avoir pas réussi à obtenir l'avis du médecin-dentiste conseil de son assureur-accidents et a produit un

courrier de l'intéressé, daté du 6 décembre 2012, dans lequel il l'informe ne plus être en possession ni de ce document ni de la décision qu'il lui a notifiée.

La recourante explique que son assureur-accident a à l'époque refusé la prise en charge des prestations du Dr A _____ au motif que celles-ci concernaient des soins sur des dents atteintes de parodontose.

Elle ajoute que les détartrages sont nécessaires pour éviter la dégradation des dents, la présence de tartre étant un facteur augmentant les risques d'agression de la gencive et qu'il s'agit dès lors de soins liés à la parodontite.

Par ailleurs, la perte osseuse signalée sur les radiographies par le Dr A _____ peut occasionner la mobilité des dents, voire leur chute. Or, le Dr D _____ a constaté dans son rapport du 13 février 2008 l'absence et la mobilité de certaines dents, ce qui expliquerait l'extraction de dents et la pose d'un pont provisoire.

Selon la recourante, la nature routinière et conservatrice des traitements est contredite par le Dr D _____ et le diagnostic de parodontite juvénile.

26. Par écriture du 20 décembre 2012, l'intimée a persisté dans ses conclusions.

Elle soutient qu'à l'exception de la facture du 12 mai 2005, toutes les prestations du Dr B _____ comprennent des soins relatifs au détartrage et répète que ce médecin n'est pas affirmatif quant au lien entre la parodontite et les soins prodigués.

27. La Cour de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante par pli du 21 décembre 2012 et gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ; RSG E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie du 18 mars 1994 (LAMal; RS 832.10).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA s'applique à l'assurance-maladie sauf dans les domaines mentionnés à l'art. 1 al. 2 LAMal, sans pertinence dans le cas d'espèce.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à se voir rembourser par l'intimée les soins prodigués par les Drs A_____ et B_____, plus précisément sur la question de savoir si ces soins sont en lien avec l'affection du système masticatoire dont souffre la recourante. La prise en charge des factures de la CLINIQUE DENTAIRE DE GENÈVE n'est en revanche plus contestée par l'intimée.
5. Il convient en premier lieu d'examiner si le droit au remboursement des prestations du Dr A_____ est périmé, ainsi que le soutient l'intimée.

Aux termes de l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. En matière d'assurance-maladie, le délai de cinq ans de l'art. 24 al. 1 LPGA court dès l'exigibilité des prestations et son début ne coïncide pas avec le moment auquel le traitement a eu lieu. Le délai de péremption commence à courir à la fin du mois pour lequel la prestation était due. La LAMal ne prévoit pas de délai pour l'exigibilité du versement des prestations. Lorsqu'il est question de prestations à accorder à titre rétroactif, le délai de péremption commence à courir à la date à laquelle les prestations auraient été prises en charge si l'assuré avait fait valoir son droit sans tarder (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd. 2009, nn. 18 et 34 ad art. 24).

Les deux premières factures du Dr A_____ sont datées du 17 septembre 2002. On peut donc admettre que la recourante les a reçues au plus tard le 20 septembre 2002. De plus, lesdites factures ne prévoyaient aucun terme de paiement, de sorte qu'elles devaient être acquittées immédiatement. La recourante aurait dès lors été en mesure de faire valoir son droit à la prise en charge de ces traitements en adressant sans délai les notes d'honoraires à l'intimée. Or, ce n'est que le 2 octobre 2007 qu'elle a fait parvenir à cette dernière une demande de remboursement, soit plus de cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due.

La recourante affirme s'être dans un premier temps adressée à son assureur-accident. L'art. 29 al. 3 LPGA prévoit que si une demande ne respecte pas les exigences de forme ou si elle est remise à un organe incompétent, la date à laquelle elle a été remise à la poste ou déposée auprès de cet organe est déterminante quant à l'observation des délais et aux effets juridiques de la demande. On peut dès lors se demander si la demande de remboursement auprès de l'assureur-accidents n'a pas eu pour effet d'interrompre le délai de cinq ans prévu par la loi. Cette question peut toutefois rester ouverte dès lors qu'on ne peut déterminer à quelle date l'assureur-accidents a statué sur son obligation de prester. Il se pourrait en effet que celui-ci se soit prononcé sur l'origine non accidentelle des lésions entraînant les traitements à rembourser avant même que ceux-ci ne soient dispensés, par exemple après avoir

reçu un devis du médecin-dentiste, soit avant le mois d'octobre 2002. Dans ce cas, le délai visé par l'art. 24 al. 1 LPGa ne serait pas sauvegardé. La recourante échouant à démontrer qu'elle a requis le remboursement des prestations par l'intimée dans les cinq ans qui ont suivi sa demande de prise en charge par l'assureur-accidents, elle doit en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3).

En conséquence, c'est à juste titre que l'intimée soutient que la demande de remboursement afférente aux factures du 17 septembre 2002 - d'un montant total de 877 fr. 30 - est tardive. Le droit éventuel à leur prise en charge est dès lors périmé.

S'agissant des autres factures en revanche, il convient de constater que la demande du 2 octobre 2007 a été formulée dans les cinq ans suivant leur établissement. On ne saurait suivre l'intimée lorsqu'elle prétend que le droit d'obtenir le remboursement des soins se périmé cinq ans après la première consultation pour une maladie donnée. En effet, en matière d'assurance-maladie, les soins pour une affection déterminée peuvent s'étendre sur une longue période. Un échelonnement dans le temps du droit aux prestations est ainsi inévitable. L'art. 24 al. 1 LPGa prévoit des périodes de traitement d'un mois, à la fin desquelles un nouveau délai de péremption commence à courir (Gebhard EUGSTER, *Krankenversicherung in Soziale Sicherheit*, SBVR, 2^{ème} éd. 2007, n. 661 p. 617ss). Le droit au remboursement des factures postérieures à octobre 2002 n'est donc pas périmé.

6. Reste à déterminer si la recourante a droit au remboursement des soins sur lesquels portent les factures en question.

a) Aux termes de l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (let. a), ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (let. b), ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c). L'art. 31 al. 2 LAMal dispose qu'elle prend aussi 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.

La liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance est réglée de manière exhaustive aux art. 17 à 19 de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins ; OPAS [RS 832.112.31] ; ATF 124 V 185 consid. 4). Conformément à l'art. 17 let. b OPAS, à condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et le traitement n'étant pris en charge par l'assurance que dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige, l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies graves et non évitables suivantes du système de la mastication (art. 31 al. 1 let. a LAMal): maladies de l'appareil de soutien de la dent

(parodontopathies): parodontite pré pubertaire (ch. 1), parodontite juvénile progressive (ch. 2), effets secondaires irréversibles de médicaments (ch. 3).

Les coûts de tous les traitements dentaires qui sont une conséquence de la grave maladie doivent ainsi être pris en charge (ATF 124 V 351 consid. 2d).

b) Selon l'art. 43 al. 1 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit. Le Tribunal fédéral a établi les lignes directrices suivantes s'agissant de l'obligation d'un assureur de procéder à des investigations complémentaires : la maxime d'instruction d'office ne signifie pas que l'administration doit dans tous les cas entreprendre de telles mesures, qui peuvent par exemple prendre la forme d'une expertise dentaire. Une expertise n'est indiquée que lorsqu'il existe des indices tangibles qu'un assuré présente une lésion dentaire visée par les lettres a à ce de l'art. 31 LAMal (ATFA non publié K 11/06 du 11 juillet 2006, consid. 3).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. L'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

d) 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 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). 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 et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a; ATFA non publié I 339/03 du 19 novembre 2003, consid. 2).

7. Il n'est en l'espèce pas contesté que la recourante souffre d'une parodontite juvénile, soit une affection visée par le catalogue exhaustif des art. 17 à 19 de l'OPAS. Les parties divergent en revanche sur le point de savoir si les soins administrés dont la recourante réclame le remboursement ont été occasionnés par cette maladie.

En préambule, la Cour de céans relève que, selon l'art. 25 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins assume le coût des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Il est patent qu'aucune prestation de ce type n'est fournie lorsqu'un assuré ne se rend pas à une consultation. Partant, la prise en charge des montants liés aux rendez-vous qui n'ont pas été honorés par la recourante (cf. notamment les factures du 17 septembre 2002, du 25 novembre 2004 et du 21 septembre 2006), n'incombent en tout état de cause pas à l'intimée.

Ceci ayant été précisé, il convient de relever que s'il est vrai que les Drs A_____ et B_____ ont, dans un premier temps, indiqué que leurs prestations n'étaient pas rendues nécessaires par une maladie du système de la mastication, il est apparu que ces médecins-dentistes n'ont eu connaissance de l'existence de la parodontite juvénile de la recourante que par la suite. Une fois informés de ce diagnostic, les anciens médecins-dentistes traitants de la recourante se sont montrés moins péremptoirs quant à l'exclusion d'un lien de causalité entre les traitements dispensés et l'affection masticatoire (cf. leurs courriers datés du 19 juillet, respectivement du 20 juin 2012). Si, comme le soutient l'intimée, ces dentistes n'ont pas non plus catégoriquement conclu à l'existence d'un tel lien, ils ont néanmoins retenu qu'il était possible pour certains des soins prodigués. On ne peut ainsi exclure que leur prise en charge doive être assumée par l'intimée.

De plus, l'argument de l'intimée selon lequel les détartrages constituent des traitements de routine que tout un chacun doit suivre appelle les remarques suivantes. Selon le Dr B_____, les détartrages du 3 octobre et du 3 novembre 2005 étaient nécessaires en raison de l'état parodontal de la recourante. Il est dès lors possible que la nécessité de tels soins chez la recourante ait largement dépassé en termes de fréquence celle qui prévaut chez un assuré ne présentant pas de pathologie de l'appareil masticatoire, auquel cas il faudrait admettre qu'ils doivent être pris en charge par l'intimée.

On ne peut non plus suivre celle-ci lorsqu'elle affirme que les soins sont imputables à un accident, puisque, selon les explications du Dr A_____, l'assureur-accidents a précisément écarté sa responsabilité en raison d'une maladie.

L'avis du médecin-dentiste conseil de l'intimée ne suffit pas non plus à nier que les traitements en cause aient pu être occasionnés par la parodontite. Le Dr E_____ relève en effet dans sa note du 2 octobre 2012 que certaines factures relatives à des extractions ne permettent de déterminer ni les dents

concernées ni les motifs. On doit en conclure que les données à disposition du médecin-dentiste conseil n'étaient pas suffisantes pour lui permettre de se prononcer de manière fiable sur la nature des traitements en cause. Quant au fait que certains codes tarifaires ne puissent s'appliquer lorsqu'une nouvelle prothèse est posée, on comprend mal en quoi cela permet de nier que le traitement puisse être occasionné par la parodontite. Si le médecin-dentiste conseil entendait relever par là que la facture en question comportait des erreurs, il y avait lieu de clarifier quelles prestations avaient réellement été fournies.

Eu égard à ce qui précède, il apparaît que les conclusions des Drs A_____ et B_____ ne sont pas suffisamment claires pour satisfaire aux réquisits jurisprudentiels et que les avis du Dr E_____ ne sont pas non plus conformes à ces exigences dès lors qu'ils se bornent à relever les imprécisions de certaines factures et rapports des dentistes traitants.

Ainsi, aucun des éléments médicaux au dossier ne permet d'infirmer ou de confirmer au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'un lien de causalité entre l'affection du système de la mastication et les traitements dentaires dont la prise en charge est demandée.

Compte tenu des doutes qui subsistent à cet égard, la Cour de céans n'est pas en mesure de statuer sur l'obligation de l'intimée de prendre en charge ces traitements. Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (ATFA non publié U 58/01 du 21 novembre 2001, consid. 5a). Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. RAMA 1986 n° K 665 p. 87). En l'espèce, cette deuxième solution s'impose dès lors que l'intimée n'a pas procédé aux mesures d'instruction qui s'imposaient en vertu de son obligation d'instruire d'office.

Il y a dès lors lieu de lui renvoyer le dossier à l'intimée pour instruction complémentaire, sous forme d'une expertise à confier à un médecin-dentiste spécialiste de parodontite qui déterminera, après avoir recueilli les renseignements nécessaires auprès des Drs A_____ et B_____, si leurs traitements

étaient occasionnés par l'affection du système masticatoire de la recourante et, partant, à la charge de l'intimée, laquelle rendra ensuite une nouvelle décision.

8. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis.

La recourante a droit à des dépens, qu'il convient en l'espèce de fixer à 1'250 fr.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule les décisions de l'intimée du 7 mai 2010 et du 9 novembre 2011 en tant qu'elles portent sur la prise en charge des honoraires des Drs A_____ et B_____.
4. Constate que le droit de réclamer le remboursement des deux premières factures du Dr A_____, datées du 17 septembre 2002, est périmé.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
6. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de 1'250 fr. à titre de participation à ses 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

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le