

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 5 août 2019

Composition : Mme DESSAUX, présidente
Mme Brélaz Braillard, juge, et M. Bonard, assesseur
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

I. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

D. _____, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; 31 al. 2 et 32 al. 1 LAMal.

E n f a i t :

A. I. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], était assurée auprès de D. _____ (ci-après : D. _____ ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accident en 2013.

Le 13 mai 2013, l'assurée a chuté dans des escaliers et a notamment subi des lésions dentaires. Après avoir été hospitalisée, elle s'est rendue à la consultation du Dr L. _____, dentiste, le 29 juillet 2013.

Le 26 octobre 2013, le Dr L. _____ a complété un questionnaire de D. _____ concernant les lésions dentaires et a joint un rapport qu'il avait établi le jour-même à l'attention de l'assureur. Il posait les diagnostics de fracture et perte de la couronne de la dent 21 avec lésion de la pulpe, de contusions sur les dents 11, 12, 21, 22, 31, 32, 41 et 42, de fractures des couronnes prothétiques des dents 31, 32, 41 et 42, ainsi que de fractures de céramique aux ponts 13-16 et 44-46, avec descellement de la dent 44. Les mesures immédiates qu'il avait effectuées consistaient notamment en la mise en place d'une couronne provisoire sur la dent 21 et le polissage d'angles aigus des dents 14 à 16, 31, 32, 41, 42, 44 à 46 dans le but de prévenir des blessures de la langue et de la muqueuse buccale. Par la suite, il avait posé une couronne définitive sur la dent 21, ainsi que sur les dents 31, 32, 41, 42 et 43. Le moignon de la dent 44 n'était plus approprié pour un nouveau pont 44-46. A la demande de la patiente, la racine de la dent 44 avait été enlevée et remplacée par un implant. A terme, de nouveaux ponts 13-16 et 44-46 allaient être mis en place. Le Dr L. _____ a annexé plusieurs devis.

Le dentiste a ensuite transmis à D. _____ des photographies des dents de l'assurée.

Le 6 février 2014, le Dr X. _____, dentiste-conseil de D. _____, a donné son accord pour la prise en charge des traitements sur

les dents 21, 31, 32, 41 et 42 « selon les modifications apportées au devis ».

Le 14 février 2014, D._____ a informé le Dr L._____ de la prise en charge partielle des frais.

Le 6 avril 2014, l'assurée a indiqué à D._____ qu'elle lui avait déjà transmis des factures qui concernaient l'accident du 13 mai 2013 et qu'elle n'avait pas encore été remboursée. Elle a joint à son courrier des « factures privées » concernant les dents 25 et 35.

Le 14 avril 2014, D._____ a répondu qu'elle avait accepté la prise en charge du traitement relatif aux dents 21, 31, 32, 41 et 42 uniquement.

Le 16 octobre 2014, à la demande de l'assurée, D._____ lui a transmis un décompte des prestations qu'elle avait remboursées au Dr L._____, daté du 20 août 2014. Il s'agissait d'un montant de 8'206 fr. 60, soit l'entier d'une facture n° 40854, et d'une somme de 469 fr. 90 en lien avec une facture n° 40856 d'un total de 525 fr. 70. D._____ a expliqué que le montant de 55 fr. 80 mentionné dans cette dernière facture, correspondant à des prestations aux dents 14 et 15, n'était pas en lien avec l'accident.

Le 2 avril 2015, le Dr L._____ a demandé à D._____ de prendre en charge plusieurs factures en exposant notamment que les traitements étaient liés aux différentes plaintes de la patiente après son accident.

Par courrier du 11 juin 2015, l'assurée, désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a listé les factures en sa possession et a invité D._____ à l'informer s'il y en avait d'autres. Elle a prié l'assureur de lui indiquer quels montants il avait remboursés et, dans les autres cas, pour quels motifs il avait refusé de prester.

Le 16 juillet 2015, D._____ a fait parvenir à l'assurée un récapitulatif des factures qu'elle avait prises en charge et de celles qui n'avaient pas fait l'objet d'un remboursement. D._____ a ajouté que trois factures, parmi celles mentionnées par l'assurée, n'étaient pas en sa possession.

Par avis du 5 janvier 2017, le Dr X._____ a confirmé sa position exprimée le 6 février 2014. D'après lui, les traitements relatifs aux dents 21, 31, 32, 41 et 42 découlaient de l'accident et nécessitaient une prise en charge par l'assureur. Tous les autres traitements n'étaient pas indiqués compte tenu des lésions constatées. En effet, selon les photographies à disposition, les fractures de céramique des ponts 13-16 et 44-46 étaient superficielles et ne présentaient pas de problème esthétique et fonctionnel majeur. Elles ne justifiaient ainsi pas la confection de nouveaux ponts. S'agissant de la dent 44, il n'y avait pas de mention de fracture radiculaire et donc aucune raison de l'extraire et de mettre en place un implant pour réaliser un nouveau pont 44-46.

Par décision du 9 janvier 2017, D._____ a confirmé la prise en charge des seuls traitements des dents 21, 31, 32, 41 et 42, les autres traitements n'étant pas indiqués. Elle a repris les explications fournies par son dentiste-conseil.

L'assurée a contesté cette décision le 10 janvier 2017 et a demandé la prise en charge de l'entier du traitement envisagé par le Dr L._____.

Le 25 septembre 2017, l'assurée a transmis à D._____ un lot de factures établies par le Dr L._____ et le laboratoire T._____, ainsi que le courrier du Dr L._____ du 2 avril 2015, celui-ci figurant déjà au dossier.

Par avis du 5 novembre 2017, le Dr X._____ a maintenu sa position. Il a relevé que des factures concernaient les dents 35 et 43, lesquelles n'avaient jamais été mentionnées comme accidentées, de sorte

que le traitement en lien avec ces dents ne devait pas être pris en charge par l'assurance-accidents. Il a ajouté que la relation entre le choc de l'accident et le descellement de la dent 44 ne pouvait être établie de façon certaine, puisque cette dent était le pilier dentaire du pont mixte 44-46 et pouvait dès lors faire intrusion et se desceller [réd. : indépendamment d'un choc]. Il a joint un article de littérature médicale relatif aux complications à long terme des prothèses fixes combinées implanto-dento-portées.

Par décision sur opposition du 9 janvier 2018, D._____ a confirmé la prise en charge du traitement des dents 21, 31, 32, 41 et 42, correspondant aux factures de 525 fr. 70 [réd. : un montant de 55 fr. 80 a toutefois été refusé, cf. décompte du 20 août 2014] et 8'206 fr. 60 précitées. Elle a considéré que les dents 35 et 43 n'étaient pas accidentées. En outre, la confection des nouveaux ponts 13-16 et 44-46 n'était pas indiquée, car les fractures de céramique constatées sur les anciens ponts étaient superficielles et n'entraînaient ni préjudice esthétique, ni atteinte fonctionnelle majeure. La dent 44 ne présentait quant à elle pas de fracture radiculaire, de sorte qu'il n'y avait aucune raison de l'extraire et de mettre en place un implant dentaire pour confectionner ensuite le nouveau pont 44-46. Enfin, le lien de causalité entre le descellement de la dent 44 et l'accident ne pouvait être établi.

Par avis du 12 avril 2018, le Dr X._____ a maintenu sa position et a précisé que la relation entre l'accident et le descellement de la dent 44 n'était que possible. Il a joint de la littérature médicale en lien avec les fractures sur les éléments de restauration céramo-métalliques.

B. Par acte du 12 février 2018, I._____, toujours représentée par Me Hofstetter, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à sa réforme en ce sens que tous les traitements facturés et devisés par le Dr L._____ entre le 28 octobre 2013 [recte : 7 septembre 2013, au vu des factures listées dans les conclusions] et le 31 décembre 2014 soient pris en charge, intérêt à 5 % dès le 1^{er} mars 2014 en sus.

Subsidiairement, elle a conclu à l'annulation de cette décision sur opposition et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et/ou décision au sens des considérants. Elle a soutenu que D._____ avait appliqué le principe de la certitude pour examiner la prise en charge des lésions dentaires accidentelles, alors que c'était plutôt le principe de la vraisemblance prépondérante qui aurait dû être pris en considération. Elle a sollicité la mise en œuvre d'une expertise tendant à déterminer quelles factures devaient être mises à la charge de D._____. Elle a également requis l'audition du Dr L._____.

Dans sa réponse du 18 avril 2018, l'intimée a proposé le rejet du recours. Elle a soutenu qu'elle n'avait pas à prester pour les traitements effectués sur les dents 35 et 43, puisque ces lésions n'avaient pas été annoncées par le dentiste de la recourante comme causées par un accident. Certaines factures de laboratoire étaient comprises dans celles du dentiste et il n'y avait pas lieu de les prendre en charge une seconde fois. La première consultation chez le Dr L._____ avait eu lieu le 29 juillet 2013, soit deux mois et demi après l'accident, ce qui créait un doute quant au lien de causalité entre les troubles et l'accident.

Par réplique du 1^{er} juin 2018, la recourante, par son conseil, a maintenu ses conclusions. Elle a fait valoir que le rapport du 26 octobre 2013 du Dr L._____ mentionnait déjà des traitements aux dents 35 et 43. Par ailleurs, après son accident, elle avait été hospitalisée jusqu'au 26 juin 2013, de sorte qu'il ne pouvait lui être reproché de n'avoir consulté son dentiste que le 29 juillet 2013.

Par duplique du 25 juin 2018, l'intimée a relevé que les dents 35 et 43 étaient certes indiquées dans le formulaire du 26 octobre 2013, mais uniquement sous la rubrique « état du reste de la denture ».

Le 28 août 2018, la juge en charge de l'instruction a fixé un délai au Dr L._____ pour répondre à plusieurs questions en lien avec le litige. Elle a également joint des courriers des 28 et 30 août 2018 des parties, comportant des questions à son attention.

Le Dr L._____ a rendu son rapport le 8 janvier 2019.

Le 29 janvier 2019, la juge en charge de l'instruction a transmis au Dr L._____ une copie des rapports des 5 janvier et 5 novembre 2017 du Dr X._____, en lui demandant de prendre position sur ceux-ci.

Le 22 février 2019, le Dr L._____ a indiqué qu'il « [pouvait] suivre les raisonnements du Dr X._____ » s'agissant de la couronne 43 et des ponts 13-16 et 44-46. Il a ajouté que ces ponts avaient été fabriqués à la demande explicite de la patiente, laquelle avait signé les estimations de coûts correspondantes.

Le 15 mars 2019, l'intimée a maintenu sa position.

Le 9 avril 2019, la recourante, par son conseil, a affirmé que c'était le Dr L._____ qui avait insisté pour effectuer les ponts 13-16 et 44-46. Elle a réitéré sa demande tendant à la mise en œuvre d'une expertise indépendante.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre

2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur l'étendue de la prise en charge, par l'intimée, des traitements facturés et devisés par le Dr L. _____ entre le 7 septembre 2013 et le 31 décembre 2014, à la suite de l'accident du 13 mai 2013 de la recourante.

3. L'assurance-maladie alloue 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). Elle couvre notamment les coûts du traitement de lésions du système de la mastication causées par un accident (art. 31 al. 2 LAMal).

a) Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

b) 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. Le point de savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le

cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 129 V 402 consid. 2.2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées).

4. Selon l'art. 28 LAMal, en cas d'accident au sens de l'art. 1a al. 2 let. b LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie. Ces prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques, l'efficacité devant être démontrée selon des méthodes scientifiques (art. 32 al. 1 LAMal).

Une prestation est efficace lorsqu'on peut objectivement en attendre le résultat thérapeutique visé par le traitement de la maladie, à savoir la suppression la plus complète possible de l'atteinte à la santé somatique ou psychique (ATF 128 V 159 consid. 5c/aa). La question de son caractère approprié s'apprécie en fonction du bénéfice diagnostique ou thérapeutique de l'application dans le cas particulier, en tenant compte des risques qui y sont liés au regard du but thérapeutique (ATF 127 V 138 consid. 5). Le caractère approprié relève en principe de critères médicaux et se confond avec la question de l'indication médicale : lorsque

l'indication médicale est clairement établie, le caractère approprié de la prestation l'est également (ATF 139 V 135 consid. 4.4.2 ; ATF 125 V 95 consid. 4a). Le critère de l'économicité concerne le rapport entre les coûts et le bénéfice de la mesure, lorsque dans le cas concret différentes formes et/ou méthodes de traitement efficaces et appropriées entrent en ligne de compte pour combattre une maladie (ATF 127 V 138 consid. 5).

Le fournisseur de prestations doit limiter ses prestations à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement (art. 56 al. 1 LAMal). La rémunération des prestations qui dépassent cette limite peut être refusée (art. 56 al. 2, première phrase, LAMal). Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs ; il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies (art. 57 al. 4 LAMal). Il évalue les cas en toute indépendance ; ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives (art. 57 al. 5 LAMal).

5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à sa disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme

rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

6. En l'espèce, l'assurée requiert la prise en charge de l'entier des traitements dentaires facturés et devisés par le Dr L. _____ à la suite de son accident du 13 mai 2013. Il convient ainsi d'analyser, pour chaque facture, si les traitements effectués ont un lien de causalité qui peut être qualifié de probable (cf. consid. 3b supra) avec l'accident. Dans l'affirmative, il y a encore lieu d'examiner s'ils sont efficaces, appropriés et économiques au sens de l'art. 32 al. 1 LAMal.

a) La facture n° 40856 du 17 juillet 2014, pour un montant de 525 fr. 70, rectifie la facture n° 35632 du 7 septembre 2013, qui s'élevait à 847 fr. 90.

Cette réduction tient compte d'une part de la valeur du point tarifaire pour les cas pris en charge par l'assureur-maladie, soit 3 fr. 10 (www.dentotar.ch) au lieu de 3 fr. 70. Celle-ci ne prête pas flanc à la critique et n'est au demeurant pas contestée.

D'autre part, la nouvelle facture supprime les prestations liées au meulage des dents 31, 32, 41, 42 et 45. D. _____ a pris en charge

cette facture, à l'exception d'un montant de 55 fr. 80 concernant le meulage des dents 14 et 15, au motif que cela n'était pas en lien avec l'accident (cf. décompte de prestations du 20 août 2014, courrier du 16 juillet 2015 de D. _____ et réponse au recours, p. 9). Or, les interventions sur ces dents correspondent à des mesures immédiates dues aux fractures constatées. Plus exactement, le 30 juillet 2013, le Dr L. _____ a poli les angles aigus de plusieurs dents (14 à 16, 31, 32, 41, 42, 44 à 46) dans le but de prévenir des blessures de la langue et de la muqueuse buccale, comme il l'a expliqué dans son rapport du 26 octobre 2013 (p. 2). Lors de son examen clinique, il avait en effet constaté l'existence de rougeurs sur la langue et sur les muqueuses des joues (p. 1). Le diagnostic de fractures des couronnes prothétiques sur les dents 31, 32, 41 et 42, de même que de fractures de céramique sur les ponts 13-16 et 44-46 posés par le Dr L. _____ ne sont pas remis en question par le dentiste-conseil de D. _____. Dans son rapport du 5 novembre 2017, le Dr X. _____ ne critique pas non plus l'acte médical de polissage des dents traumatisées. En conséquence, le lien de causalité entre l'accident et le traitement précité, soit le polissage, doit être admis. Celui-ci était en outre destiné à prévenir la survenance de blessures et consistait en la technique la plus appropriée, efficace et économique. Ceci n'est d'ailleurs pas contesté par le Dr X. _____. Par conséquent, D. _____ est tenue de prendre en charge l'intégralité de la facture n° 40856 et doit encore à ce titre 55 fr. 80 pour le meulage des dents 14 et 15 (2 x 27 fr. 90). Elle doit encore prester pour le meulage des dents 31, 32, 41, 42 et 45, traitement qui a été supprimé dans la facture précitée, soit 139 fr. 50 (5 x 27 fr. 90).

b) La facture n° 40854 du 17 juillet 2014, pour un total de 8'206 fr. 60, a été intégralement prise en charge par D. _____. Cette facture corrige celle établie le 28 septembre 2013, laquelle se montait à 12'258 fr. 75 (n° 35944).

Les rectifications ont porté sur la valeur du point, ce qui n'est pas critiquable.

Par ailleurs, la facture corrigée ne contient plus de frais de traitements relatifs à la dent 43. Il en va de même de la facture du laboratoire T._____, dont le montant est compris dans celle du dentiste (cf. lettre c infra). En effet, la facture du 17 novembre 2013 du laboratoire, s'élevant à 3'469 fr. 40, est rectifiée par celle du 17 juin 2014 de 2'958 fr. 30 : cette dernière fait désormais expressément mention des couronnes 21, 31, 32, 41 et 42. Par rapport à l'ancienne facture, elle réduit le nombre de dents sujettes à l'intervention du laboratoire de six à cinq. Dans le questionnaire concernant les lésions dentaires que le Dr L._____ a fait parvenir à D._____, ainsi que dans son rapport annexé du 26 octobre 2013, il n'a évoqué la dent 43 ni dans le diagnostic, ni dans l'examen clinique, ni dans l'énumération des dents ayant fait l'objet d'un polissage à titre de premières mesures. Il n'y a donc manifestement pas de lien de causalité entre l'accident et le traitement ultérieur de cette dent, ce que le Dr L._____ a implicitement confirmé en corrigeant sa facture, et probablement en obtenant du laboratoire une facture également rectifiée. Dans son rapport du 22 février 2019, le Dr L._____ a au demeurant indiqué qu'il « [pouvait] suivre les raisonnements du Dr X._____ », lequel estimait que cette dent n'avait pas été accidentée. Le Dr L._____ a encore ajouté qu'il avait posé la couronne 43 à la demande de la patiente. Par conséquent, D._____ était fondée à limiter sa prise en charge à la facture rectifiée n° 40854, pour le total de 8'206 fr. 60.

c) Le montant de la facture du 17 juin 2014 du laboratoire, mentionnée à la lettre b supra, soit 2'958 fr. 30, est compris dans le total de la facture rectifiée n° 40854 précitée. En effet, celle-ci comprend un poste « frais de laboratoire » pour 2'958 fr. 30, au 25 septembre 2013. Cela a donc été pris en charge par D._____.

d) La facture n° 38573 du 15 février 2014 se monte à 6'335 fr. 95. Elle fait état de prestations liées à la dent 25. Or, cette dent n'est mentionnée ni dans le questionnaire concernant les lésions dentaires complété par le Dr L._____, ni dans son rapport du 26 octobre 2013. Elle

n'a ainsi pas été touchée par l'accident, de sorte que la prestation sur cette dent (radiographie) n'a pas à être prise en charge par D._____.

Cette facture concerne également de nouveaux ponts 13-16 et 44-46. En lien avec les anciens ponts, le Dr L._____ a diagnostiqué exclusivement des fractures de céramique (cf. questionnaire concernant les lésions dentaires et rapport annexé du 26 octobre 2013), qu'il a qualifiées, dans son rapport du 8 janvier 2019, d'écaillages de céramique. Le Dr X._____ a considéré que ces fractures étaient superficielles et qu'elles ne présentaient pas de problème esthétique ou fonctionnel majeur justifiant la confection de nouveaux ponts. Ces fractures/écaillages sont effectivement manifestement superficiels, puisque le Dr L._____ n'a mis en évidence, en relation avec ceux-ci, que des rougeurs sur la langue et sur les muqueuses des joues dues au frottement avec des bords et angles aigus. Tel que relevé à la lettre a supra, un polissage suffit pour seul traitement au sens de l'art. 32 LAMal, et il est pris en charge.

Les courriers ou rapports du Dr L._____ ne contiennent aucune information objectivant un quelconque lien de causalité entre l'accident et la pose des nouveaux ponts 13-16 et 44-46. Plus encore, dans son rapport du 8 janvier 2019, il a indiqué avoir procédé au remplacement de ces ponts à la demande de la patiente (cf. réponse aux questions 2c, 9, 10 et 11). Même si cette dernière le conteste, il sied de relever que le dentiste a décrit qu'elle était mécontente avec l'esthétique de ces ponts déjà avant l'accident (cf. réponse 2b). Le Dr L._____ a encore déclaré que toutes les lésions, sauf les exigences esthétiques ou les insatisfactions de la patiente qui existaient déjà avant l'accident, avaient comme cause probable la chute du 13 mai 2013, et qu'après le polissage des deux ponts, elle demeurait encore mécontente avec les éléments de ces ponts. Le dentiste admet ainsi implicitement que l'accident n'est pas en relation de causalité avec les traitements effectués sur les ponts 13-16 et 44-46, en dehors du polissage. Enfin, dans son rapport complémentaire du 22 février 2019, il a indiqué, s'agissant de ces deux ponts, qu'il « [pouvait] suivre les raisonnements du Dr X._____ ». Par conséquent, au vu de l'absence de causalité entre l'accident et la réfection des ponts 13-16 et

44-46, D._____ n'était effectivement pas tenue à prester pour ces travaux.

e) La facture du 8 février 2014 du laboratoire, pour un montant de 5'460 fr. 65, est liée à la facture du 15 février 2014 (n° 38573) du Dr L._____, discutée à la lettre d supra (cf. courrier du 2 avril 2015 du Dr L._____). La facture du laboratoire concerne donc les travaux effectués sur les ponts 13-16 et 44-46. Au vu de l'absence de lien de causalité constatée ci-dessus, D._____ était également fondée à refuser de prendre en charge ces prestations.

f) La facture n° 36707 du 8 novembre 2013 d'un montant de 3'744 fr. porte sur l'extraction de la dent 44 et sur les travaux consécutifs pour le pont avec les dents 45 et 46.

Lors de la première consultation après l'accident, le Dr L._____ a constaté que la dent 44 était descellée (cf. rapport du 26 octobre 2013). Le Dr X._____ considère que le lien entre l'accident et le descellement n'est que possible. Il indique que la recourante était munie d'un pont mixte dentoporté sur la dent 44, laquelle avait en outre déjà fait l'objet d'un traitement de racine. Le Dr X._____ explique, littérature médicale à l'appui, qu'il est reconnu que de telles dents réparées sont plus fragiles mécaniquement et sont susceptibles de se fracturer dans des conditions de mastication normales, même sans accident. Selon lui, le pilier dentaire, soit la racine 44, pouvait faire intrusion et se desceller (cf. rapport du 12 avril 2018, ch. 1, 2, 5a). Le Dr L._____ n'apporte pas d'éléments objectifs s'inscrivant contre l'avis de son confrère. Au contraire, il estime que les observations de celui-ci en lien avec le descellement du pont 44-46 et la possible intrusion de la dent pilier 44 sont compréhensibles et notoires (cf. rapport complémentaire du 22 février 2019). Les explications que le Dr L._____ a fournies dans un premier temps, soit dans son rapport du 2 avril 2015, ne remettent pas en cause l'appréciation du Dr X._____. En effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un

accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; cf. consid. 3b supra).

S'agissant de l'extraction de la dent 44, il y a également lieu de se rallier aux constatations du Dr X._____, lequel considère qu'en l'absence de fracture radiculaire, il ne se justifiait pas d'extraire cette dent pour la remplacer par un implant et ensuite confectionner un nouveau pont 44-46. Le Dr L._____ n'a pas contesté ces observations. A cet égard, il a indiqué que c'était la patiente qui avait choisi comme solution l'extraction de la dent 44, suivie d'un implant comme nouveau pilier du pont 44-46. Ainsi, aucun élément ne permet de remettre en cause l'appréciation du Dr X._____.

Force est donc de constater qu'hormis les fractures/écaillages de céramique, l'accident n'a pas entraîné de lésions de la dent 44.

g) La facture n° 38067 du 20 janvier 2014, pour un montant de 1'103 fr. 90, concerne principalement les implants des dents 44 et 46. Les prestations en lien avec ces dents n'ont pas à être prises en charge par D._____, pour les motifs exposés aux lettres d et f supra. Il en va de même des photographies des quadrants 1 et 4. Celles des quadrants 2 et 3 n'ont pas de lien avec l'accident.

h) La facture n° 37363 du 14 décembre 2013 de 157 fr. 25 porte sur un contrôle de la dent 44, ultérieur aux opérations facturées sous la lettre f supra. Ainsi, sa prise en charge doit être refusée pour les motifs décrits en lien avec celles-ci.

i) Les factures n° 36311 du 19 octobre 2013 pour un montant de 1'609 fr., et n° 38800 du 1^{er} mars 2014 pour 1'307 fr. 95 fr., concernent la dent 35, respectivement la dent 25. La dent 25 n'a été mentionnée ni dans le questionnaire concernant les lésions dentaires complété par le Dr L._____, ni dans son rapport du 26 octobre 2013 (cf. lettre d supra). Quant à la dent 35, elle a certes été évoquée dans le questionnaire, comme le soutient la recourante, mais uniquement sous la rubrique « état

du reste de la denture », où le Dr L._____ a décrit les différentes couronnes et ponts déjà existants. Ces deux dents n'ont ainsi pas été touchées par l'accident. Au demeurant, dans son courrier du 6 avril 2014 à D._____, la recourante a elle-même admis que ces factures n'étaient pas à la charge de D._____, en les qualifiant de « factures privées ».

j) Enfin, tel qu'exposé aux lettres a et b supra, les factures n^{os} 35632, 35944, et celle du 17 novembre 2013 du laboratoire, ont été remplacées par le Dr L._____ par de nouvelles factures rectifiées. Elles ne sont donc pas litigieuses.

k) Au vu de ce qui précède, en dehors des prestations de meulage mentionnées sous la lettre a (pour 55 fr. 80 et 139 fr. 50), l'intimée était fondée à refuser de prester.

7. La recourante conclut à l'octroi d'un intérêt à 5 % l'an à compter d'une échéance moyenne qu'elle a fixée au 1^{er} mars 2014.

a) Aux termes de l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de 24 mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe. Le taux de l'intérêt moratoire est de 5 % par an (art. 7 al. 1 OPGA [ordonnance du 11 septembre 2002 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.11]).

L'art. 26 al. 4 let. a LPGA prévoit que lorsque les prestations sont versées rétroactivement à des tiers, la personne ayant droit aux prestations n'a pas droit à des intérêts moratoires.

b) En l'occurrence, les éléments figurant au dossier ne permettent pas de déterminer si c'est l'assurée ou le Dr L._____ qui a supporté le refus de D._____ de prester pour les montants de 55 fr. 80 (cf. facture du 17 juillet 2014) et 139 fr. 50 (cf. facture du 7 septembre

2013). Dans le premier cas, l'intimée devra à la recourante la somme de 55 fr. 80 avec un intérêt à 5 % l'an à compter du 17 juillet 2016, ainsi que le montant de 139 fr. 50 avec un intérêt à 5 % l'an dès le 7 septembre 2015. Dans le second cas, aucun intérêt n'est dû (cf. art. 26 al. 4 LPGA).

8. Il n'y a pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise et l'audition de son dentiste. En effet, de telles mesures d'instruction ne modifieraient pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

9. a) En définitive, le recours doit être très partiellement admis et la décision sur opposition du 9 janvier 2018 réformée, en ce sens que D._____ doit prendre en charge l'entier de la facture n° 40856 du 17 juillet 2014 – soit également le montant de 55 fr. 80 pour le meulage des dents 14 et 15 –, ainsi que les prestations de meulage des dents 31, 32, 41, 42 et 45, par 139 fr. 50, pour un total de 195 fr. 30. La décision sur opposition est confirmée pour le surplus.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

La recourante, qui obtient très partiellement gain de cause avec le concours d'un avocat, a droit à des dépens réduits qu'il convient de fixer à 200 fr., portés à la charge de l'intimée (art. 61 let. g LPGA, 55 al. 1 LPA-VD).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours est très partiellement admis.

II. La décision sur opposition rendue le 9 janvier 2018 par D._____ est réformée en ce sens que l'intimée doit prendre en charge la totalité de la facture n° 40856 du 17 juillet 2014, soit également le montant de 55 fr. 80, ainsi que les prestations de meulage des dents 31, 32, 41, 42 et 45, par 139 fr. 50. Elle est confirmée pour le surplus.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. D._____ versera à I._____ une indemnité de 200 fr. (deux cents francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour I._____)
- D._____
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :