

Assurance-maladie Krankenversicherung

*ATC (Cour des assurances sociales) du 27 septembre 2021,
X. c. Y. SA – S2 19 3*

Prise en charge d'un traitement dentaire ; lien de causalité avec l'accident ; critères d'efficacité, adéquation et économicité

- Procédure prévue par la Convention tarifaire entre la Société suisse d'odontostomatologie (SSO) et le Concordat des assureurs maladie suisses (CAMPS) pour la prise en charge des frais de traitement (consid. 2.2.1).
- Prestations de l'assurance-maladie en cas d'accident ; lien de causalité et séquelles tardives (consid. 2.2.2, 3.1.1 et 3.2.1).
- Critères d'efficacité, adéquation et économicité (consid. 2.3 et 3.1.2).
- Valeur probante des rapports établis par les médecins des assurances (consid. 2.4).
- Prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une maladie grave du système de mastication (consid. 2.2.1 et 3.2.3).

Übernahme der Kosten einer Zahnbehandlung; Kausalzusammenhang mit dem Unfall; Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit

- Im Tarifvertrag zwischen der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft (SSO) und dem Konkordat der Schweizerischen Krankenversicherer (KSK) vorgesehene Verfahren zur Übernahme der Behandlungskosten (E. 2.2.1).
- Leistungen der Krankenversicherung bei einem Unfall; Kausalzusammenhang und Spätfolgen (E. 2.2.2, 3.1.1 und 3.2.1).
- Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (E. 2.3 und 3.1.2).
- Beweiskraft der von den Versicherungsärzten erstellten Berichte (E. 2.4).
- Kostenübernahme einer schweren Erkrankung des Kausystems durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung (E. 2.2.1 und 3.2.3).

Faits

A. Le 9 juin 1984, X., née le xxx 1977, s'est blessée au menton lors d'une chute à vélo.

B. Le 8 janvier 2003, elle a consulté la Dresse A. en raison de douleurs vives à la dent n°11. Celle-ci a diagnostiqué une nécrose pulpaire sur une dent sans carie ni obturation et a proposé de réaliser

un traitement radiculaire dans un premier temps, puis ultérieurement de poser un moignon et une couronne.

Après avoir refusé la prise en charge du traitement, la caisse-maladie B. a finalement admis le lien de causalité entre l'accident de 1984 et la nécrose pulpaire sur l'avis du 4 novembre 2003 du Dr C.

C. En 2007, l'assurée a consulté le Dr D. en raison du noircissement de la dent n°11 (allégation de l'assurée non contestée). Ce dernier a adressé un devis à hauteur de 1283 fr. 40 pour la mise en place d'un composite, un traitement de blanchiment et la pose d'une couronne à la nouvelle caisse-maladie de sa patiente, Y. SA (ci-après : Y.).

Après avoir demandé l'avis de son médecin-dentiste conseil, le Dr E., Y. a signifié au Dr D., par courrier du 5 août 2008, que seuls le blanchiment et le composite seraient pris en charge et que s'agissant de la couronne, le cas devrait être réexaminé dans quelque temps selon l'évolution. Elle lui a demandé d'établir une nouvelle facture et a, en outre, précisé que si un nouveau traitement était nécessaire, il devrait lui faire parvenir un nouveau devis accompagné de radiographies.

Par courrier du 28 août 2008, Y. a confirmé à l'assurée la prise en charge des frais de la dent n°11 par l'assurance obligatoire des soins en raison de l'accident dentaire, ceci dès que le Dr D. aurait établi une nouvelle note d'honoraires distincte.

D. En octobre 2013, le Dr D. a estimé qu'il était nécessaire de poser une couronne sur la dent n°11 au vu de son état et a procédé à quatre interventions entre le 30 octobre et le 20 novembre 2013.

Le 7 février 2014, X. a adressé à Y. la facture y relative d'un montant de 1721 fr. 50 pour prise en charge.

Le 21 mai 2014, le médecin-dentiste conseil de Y., le Dr F., a estimé que la pose d'une couronne céramo-métallique (CCM) sur la dent n°11 était trop risquée étant donné qu'il ne restait pratiquement plus de substance dentaire. Il a en outre constaté que le dentiste traitant avait effectué les soins sans en référer à l'assurance alors qu'elle avait émis des réserves sur le traitement prothétique.

Par courrier du 22 mai 2014, Y. a informé l'assurée qu'elle n'interviendrait pas pour les frais facturés dès lors que couronner la dent n°11 était risqué et que la réalisation d'une couronne aurait dû faire l'objet d'une nouvelle demande comme cela lui avait été signalé lors de la confirmation de prise en charge du 5 août 2008.

E.a Le 4 avril 2018, l'assurée a transmis à Y. un devis établi le 20 mars 2018 par le Dr D. à hauteur de 5177 fr. 45 pour la pose d'un implant, en demandant de bien vouloir en rembourser les frais.

A la demande de Y. du 13 avril 2018, le dentiste traitant lui a transmis par courriel du 23 mai 2018 les radiographies de l'assurée datant du 7 juillet 2014 montrant la couronne et du 20 mars 2018 montrant l'implant et le pont.

Prenant position le 24 mai 2018, le médecin-dentiste conseil de Y. a constaté qu'à la suite de la pose de la CCM en 2013, s'était développée une ostéolyse péri-radicaire, qui avait conduit à la perte de la racine. Il a considéré que cette évolution défavorable était prévisible et que le dentiste traitant n'en avait pas tenu compte. Il a également relevé que ce dernier avait réalisé le traitement (implantation et pont collé) sans l'aval de l'assurance.

Par courrier du 25 mai 2018, adressé en copie à l'assurée, Y. a informé le dentiste traitant qu'elle n'interviendrait pas pour la prise en charge du traitement qui avait été effectué. Elle a relevé que les soins effectués en 2013 ainsi que le pont collé et la pose de l'implant avaient été réalisés sans l'aval de l'assureur et lui a rappelé que selon l'article 6 (recte : 7) de la convention tarifaire entre la Société suisse d'odonto-stomatologie (SSO) et le Concordat des assureurs maladie suisses (CAMPS), le dentiste devait présenter un devis avant le début du traitement et qu'hormis les mesures urgentes, l'assureur n'avait pas à payer les travaux pour lesquels il n'avait pas donné son consentement.

Le 12 juin 2018, le Dr D. a contesté qu'une couronne puisse provoquer une ostéolyse péri-radicaire.

A la demande de l'assurée du même jour, Y. a rendu le 25 juillet 2018 une décision de refus de prise en charge du traitement dentaire devisé à hauteur de 5177 fr. 45 et consistant à la mise en place d'un implant et à la confection d'une couronne sur implant.

E.b Le 20 août 2018, l'intéressée a formé opposition contre cette décision, estimant que les différentes prestations successives de ses dentistes avaient été efficaces, appropriées et économiques, de sorte qu'elles devaient être prises en charge. Elle a notamment remis un courrier du Dr D. du 9 août 2018 qui expliquait qu'en 2013, il avait confectionné une couronne pour des raisons de « délabrement et de discoloration » et que malheureusement une ostéolyse péri-radriculaire s'était installée autour de la dent, non pas à cause de la couronne posée en 2013 mais à cause du traumatisme de 1984. Elle a dès lors conclu à ce que Y. prenne en charge le devis lié à la pose de l'implant par 5177 fr. 45 ainsi que les frais liés à la pose de la couronne en 2013 par 1721 fr. 50.

Mandaté par Y., le médecin-dentiste conseil a rendu son avis le 8 décembre 2018. Il a constaté que le Dr D. n'avait pas observé la convention de la SSO et que l'assurance n'était pas tenue de payer selon l'article 6 (recte : 7), dans la mesure où elle n'avait pas donné son consentement aux travaux et que réaliser une couronne sur un pilier naturel ou artificiel (implant) ne constituait pas une mesure d'urgence. Il a considéré que la réalisation de la CCM en 2013 ne pouvait pas être considérée comme un traitement efficace, adéquat et économique dès lors qu'il avait fallu extraire la dent 4 à 5 ans plus tard, alors que l'espérance de vie moyenne de toutes les restaurations était de 10.3 ans. Enfin, il a estimé que le lien de causalité entre le traumatisme de 1984 et l'ostéolyse péri-radriculaire diagnostiquée en 2018 ne pouvait pas être établi de façon certaine dès lors que la confection d'une prothèse en 2013 sur un pilier jugé inapte et insuffisant n'avait pas contribué à améliorer la santé parodontale de la dent.

Par décision sur opposition du 12 décembre 2018, Y. a rejeté les griefs de l'assurée et confirmé sa décision du 25 juillet 2018 dans le sens que les traitements de 2013 et 2018 avaient été effectués sans son aval, que celui de 2013 ne pouvait pas être considéré comme efficace et approprié et que l'ostéolyse péri-radriculaire diagnostiquée en 2018 ne pouvait pas être mise en lien de causalité de façon certaine avec l'accident de 1984.

F. Le 9 janvier 2019, X. a recouru céans contre ce refus, en concluant, sous suite de frais et dépens, à la prise en charge par Y. des frais de traitement 2013 par 1721 fr. 50 et des frais de traitement

2018 par 5177 fr. 45, avec versement d'un intérêt de 5 % l'an sur chaque facture échue dès leur date respective d'envoi. En substance, elle a relevé que Y. n'avait pas nié le lien de causalité entre son accident et la nécrose pulpaire qui nécessitait à terme la pose d'une CCM, mais qu'elle avait seulement jugé que ce traitement était risqué et affirmé qu'il était ni efficace ni adéquat. Or, sur ce point, elle a relevé que l'efficacité du traitement de 2013 avait été admise par le Dr D. et a estimé que toutes les étapes proposées pour retarder la pose de la prothèse avaient été efficaces, appropriées et économiques au sens de l'article 32 LAMal. Enfin, elle a soutenu que la convention de la SSO ne s'appliquait pas puisqu'il s'agissait d'un cas LAMal et a tenu à souligner qu'au vu de l'état de sa dent, une prise en charge était nécessaire avec ou sans l'aval de l'assureur.

Répondant le 8 avril 2019, Y. a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 12 décembre 2018. Elle a rappelé que le Dr D. avait omis de soumettre ses devis pour approbation avant les traitements conformément à la convention tarifaire entre la SSO et le CAMS, de sorte qu'elle n'avait pas l'obligation de prendre en charge les prestations selon l'article 7 de la convention. A titre subsidiaire, elle a relevé que les traitements de 2013 et 2018 ne remplissaient pas les critères de l'efficacité, de l'adéquation et de l'économicité au sens de l'article 32 LAMal, sur la base de l'avis du Dr F. Enfin, elle a jugé plus qu'improbable le lien de causalité entre l'ostéolyse diagnostiquée en 2018 et l'accident de 1984, en rappelant qu'il ne s'agissait pas d'une affection tombant sous le coup de l'article 31 alinéa 1 LAMal devant être prise en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS).

Elle a remis son dossier ainsi que les réponses du 4 avril 2019 du Dr F. à ses questions complémentaires. De l'avis du médecin-dentiste conseil, il n'était pas certain que la nécrose pulpaire diagnostiquée en 2003 aller entraîner un jour la perte de la dent n°11, dès lors que le traitement de la pulpe nécrosée (traitement endodontique ou traitement de racine) présentait un bon pronostic (réponse 1). Il a affirmé que la nécrose pulpaire ne pouvait pas conduire à une ostéolyse péri-radriculaire et que cette dernière était à 100 % un effet secondaire de la pose de la couronne en 2014 (recte : 2013) au vu de la radiographie du 7 juillet 2014 qui montrait une distance insuffisante entre la prothèse et le rebord alvéolaire (réponse 5). Il a estimé que les dommages consécutifs à 2003 n'étaient pas liés au traumatisme

de façon certaine dès lors qu'après le traitement endodontique, la dent, sans obturation ni carie, présentait un pronostic favorable et qu'il n'y avait pas de raison de penser qu'une complication surviendrait (réponse 9). S'agissant de la position du Dr E. en 2008, il a expliqué que celui-ci avait certainement estimé que l'indication à la pose d'une couronne prothétique sur une dent à la couronne anatomique intacte était excessive, car avant d'envisager une mesure invasive, il convenait de corriger le problème de teinte par une mesure adaptée, adéquate et économique, comme le blanchiment (réponse 10). En revanche, en 2014, il avait lui-même considéré que la pose d'une couronne était trop risquée au vu de la radiographie qui montrait une racine dévitalisée et relativement fine et/ou étroite (réponses 13 et 14). Il a expliqué que lorsqu'une dent était délabrée - comme l'avait précisé le Dr D. -, c'est-à-dire qu'elle avait peu de substance dentaire, il convenait de réaliser une reconstitution interne (moignon artificiel) pour s'assurer que le devenir de la dent et de la couronne prothétique soit pérenne (réponse 16). Ainsi, il a conclu que le traitement effectué par le Dr D. en 2013, qui avait duré seulement 5 ans, ne pouvait pas être qualifié d'efficace, adéquate et économique (réponse 18). Il a soutenu qu'il était peu probable que le traumatisme de 1984 ait provoqué 35 ans après une ostéolyse péri-radriculaire, en rappelant qu'en 2003 selon le Dr C., le parodonte autour de la dent n°11 était sain (réponse 21.3). Il a relevé que la notion d'ostéolyse péri-radriculaire n'était apparue qu'en 2018 et qu'en 2013, le dentiste traitant n'avait fait aucune allusion à l'état parodontal ni à un déplacement de la dent n°11 (réponse 23). Il a admis que le parodonte pouvait être endommagé par un traumatisme mais a rappelé que dans le cas de l'assurée, le tissu pulpaire avait été blessé à la différence des tissus de support de la dent (os, gencive, ligament desmodontal) (réponse 26). Il a remarqué que sur la radiographie de juillet 2014, la limite de la prothèse était juxtaosseuse ce qui était probablement à 75 % la cause de la réaction inflammatoire autour de la dent n°11 et qu'avant le traitement prothétique de 2013, il n'y avait aucune souffrance du tissu parodontal autour de la dent n°11, raisons pour lesquelles il ne pensait pas que le traumatisme de 1984 puisse être incriminé dans l'ostéolyse péri-radriculaire (réponse 29). Il a précisé que cette dernière affection ne faisait pas partie d'une des maladies graves et non évitables devant être prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (réponses 32).

Dans sa réplique du 5 juin 2019, la recourante a contesté l'avis du Dr F., qu'elle a jugé contradictoire et orienté par le questionnaire fermé de l'assureur. Elle a observé qu'elle n'était pas partie à la convention (SSO/CAMS) et n'était pas tenue par les dispositions de cette dernière, de sorte que Y. en tant que tiers payant devait lui rembourser les honoraires puis se retourner contre le dentiste traitant si elle estimait que celui-ci avait violé la convention. Elle a maintenu que le traitement de 2018 était en lien de causalité avec l'accident de 1984, dès lors qu'il était dû au traitement de 2013, lequel - qu'il soit conforme ou non aux dispositions de la SSO et de la LAMal - avait été nécessité par le délabrement de la dent en relation de causalité avec le traumatisme de 1984. A titre subsidiaire, elle a demandé la désignation d'un expert indépendant afin d'établir la conformité des traitements réalisés par le Dr D. et leur relation de causalité avec l'accident de 1984.

Prenant position le 9 août 2019, l'intimée a rejeté fermement les critiques relatives à son questionnaire qui remplissait les exigences imposées par la jurisprudence et a confirmé que le médecin-dentiste conseil avait évalué le cas en toute indépendance selon les dispositions de l'article 57 LAMal, de sorte que ses réponses avaient entière valeur probante. S'agissant de la garantie de paiement, elle a relevé qu'en l'espèce, les prestations fournies tombaient sous le système du tiers payant et qu'elle était donc en droit de refuser de rémunérer le fournisseur de prestations. Elle a ajouté que le fournisseur de prestations, qui était déchu de son droit de faire valoir ses honoraires en raison d'une violation des clauses conventionnelles, ne disposait d'aucun droit à des honoraires lui permettant de se diriger à l'encontre de la personne assurée, de sorte que le dentiste traitant n'avait pas le droit de faire valoir les créances à l'encontre de l'assurée et que cette dernière aurait dû se retourner contre ce dernier par la voie civile et non pas contre elle.

Dans une ultime détermination du 4 septembre 2019, la recourante a reproché à l'intimée de ne pas l'avoir rendue attentive au changement de système de paiement et de s'être adressée directement à elle en refusant de prendre en charge les factures du dentiste qui lui étaient directement adressées au lieu de poursuivre le litige avec le Dr D. Elle a ajouté qu'elle avait transmis de bonne foi les factures à Y. et qu'elle ne pouvait pas être tenue pour responsable des erreurs et manquements du dentiste traitant ni de l'ambiguïté maintenue par Y.

Ces remarques ont été transmises à l'intimée et l'échange d'écritures a été clos le 10 septembre 2019.

Considérants (extraits)

2. Le litige porte sur le refus de l'intimée de prendre en charge les traitements facturés et devisés par le Dr D. à hauteur de 1721 fr. 50 (note d'honoraires du 21 janvier 2014) et de 5177 fr. 45 (devis du 20 mars 2018) pour des soins réalisés à la fin 2013 et en 2018.

2.1 Alors que la décision du 25 juillet 2018 ne portait que sur le traitement dentaire de 2018, l'intimée a, dans sa décision sur opposition du 12 décembre 2018, étendu le refus de prise en charge au traitement dentaire effectué en 2013. Or, la Cour constate que ce traitement avait déjà fait l'objet d'une demande de remboursement rejetée le 22 mai 2014 par l'intimée, sans contestation de la part de l'assurée en son temps. Cette dernière ne saurait dès lors revenir sur ce point après plus de quatre ans. En effet, selon la jurisprudence, il sied de considérer qu'un assuré s'est accommodé de la réglementation rendue à son égard s'il n'est pas intervenu dans un délai de 12 à 14 mois pour exiger une décision formelle de l'assurance (cf. jugement du Tribunal administratif du canton de Berne du 9 avril 2014 dans la cause 200.2012.1213 consid. 2 ; Kieser, ATSG Kommentar, 2020, ad art. 51 ch. 20 ss). Ainsi, la demande de remboursement du montant de 1721 fr. 50 apparaît mal fondée. Quoiqu'il en soit, elle doit être rejetée sur le fond (cf. consid. 3.1.1 ci-dessous).

2.2.1 Conformément à l'article 31 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal ; RS 832.10), l'assurance obligatoire des soins prend en charge les frais des soins dentaires uniquement s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles. Dans de tels cas, l'assurance-maladie prend en charge la totalité des frais du traitement qui s'impose. Celui-ci doit cependant être efficace, approprié et sans mesure superflue.

Le cas d'urgence mis à part, le médecin-dentiste doit suivre la procédure prévue par la convention tarifaire entre la SSO et le CAMPS et soumettre un plan de traitement à l'assurance-maladie avant de commencer les soins (art. 7 de la convention). Cela oblige,

certes, le patient à attendre un peu avant d'entreprendre le traitement. En échange, il aura la certitude que les frais seront effectivement pris en charge. Dans ce cas de figure, le décompte des prestations est régi par le système du tiers payant. Autrement dit, l'assurance-maladie paie la facture d'honoraires et refacture quote-part et franchise au patient. Conclue entre assureurs et médecins-dentistes, cette convention ne saurait être opposée à l'assurée qui n'y est pas partie. En cas de non-respect par le dentiste-traitant des modalités prévues par la convention, il appartient à l'assurance d'agir directement à l'encontre du fournisseur de prestations, cas échéant par le biais d'une procédure devant le Tribunal arbitral (cf. jugement de la Chambre des assurances sociales du Tribunal cantonal de Genève ATAS/1248/2013 du 12 décembre 2013 consid. 8).

2.2.2 Hormis les cas de maladie du système de la mastication, l'assurance-maladie 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). C'est le cas notamment pour les enfants, les personnes sans emploi ou les indépendants. Les frais sont alors pris en charge par l'assurance-maladie auprès de laquelle elles sont assurées au moment de l'accident (art. 31 al. 2 LAMal).

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 (art. 4 LPGA ; RS 830.1).

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 ; arrêt du Tribunal fédéral

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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

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).

Les complications et les séquelles tardives sont également prises en charge. Les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 138 consid. 3a et les références). Comme l'article 31 alinéa 2 LAMal met à la charge de l'assurance obligatoire des soins les coûts des lésions du système de la mastication causés par un accident selon l'article 1a alinéa 2 lettre b, il s'ensuit que, comme pour d'autres séquelles d'accident, c'est la date du traitement qui est déterminante pour fixer l'obligation éventuelle de prester de l'assurance-maladie (ATF 126 V 319 consid. 4a ; RAMA 1998 n° KV 33 p. 284 consid. 2).

2.3 Selon l'article 28 LAMal, en cas d'accident au sens de l'article 1a alinéa 2 lettre 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 ; 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).

2.4 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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 ; arrêt du Tribunal fédéral 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

3. En l'espèce, l'assurée requiert la prise en charge des traitements dentaires facturés et devisés par le Dr D. en 2013 et 2018 qui seraient en lien avec l'accident du 9 juin 1984. Il convient ainsi d'analyser, tout d'abord, si les traitements effectués ont un lien de causalité qui peut être qualifié de probable avec l'accident, puis dans l'affirmative, s'ils sont efficaces, appropriés et économiques au sens de l'article 32 alinéa 1 LAMal.

3.1.1 S'agissant du traitement effectué en 2013 consistant en la mise en place d'une CCM pour des raisons de délabrement et de discoloration de la dent n°11, le lien de causalité avec l'accident de 1984 doit être admis.

3.1.2 En revanche, ce traitement ne remplit pas les exigences d'efficacité, adéquation et économie de l'article 32 LAMal.

En effet, selon le Dr F., la pose d'une couronne en 2013 était trop risquée dès lors qu'il ne restait pratiquement plus de substance

dentaire sur les radiographies à disposition. Ce fait n'est pas contesté par le Dr D. qui a attesté le 9 août 2018 qu'en 2013, la dent était délabrée, c'est-à-dire qu'il n'y avait plus suffisamment de structure dentaire. Or, dans une telle situation, le Dr F. estime qu'il aurait été préférable de s'abstenir ou alors de restaurer la dent en réalisant une reconstitution interne puis fixer une couronne prothétique (réponse 19), comme cela a dû être finalement effectué en 2018. De l'avis du médecin-dentiste conseil, il était certain à 75 % que la dent dans son état en 2013 ne serait pas apte à supporter une couronne à long terme, ce qui s'est confirmé puisque la couronne a dû être changée après 5 ans alors que la durée de vie d'une prothèse est en moyenne de plus de 10 ans.

La recourante n'apporte aucun élément permettant de mettre en doute les explications du médecin-dentiste conseil. Ni le Dr D. ni un autre dentiste n'a pris position sur la question de l'efficacité et l'adéquation du traitement. Le seul point de vue de la recourante, non étayé, ne saurait suffire à écarter l'avis du Dr F., qui ne comporte aucune contradiction ni erreur manifeste susceptibles de lui ôter toute valeur probante. En outre, le seul fait que le Dr F. soit lié à l'assureur ne permet pas de douter de son impartialité ni de son objectivité, étant relevé que les questions posées n'apparaissent ni subjectives ni orientées aux yeux de la Cour (ATF 137 V 210 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 234/05 du 17 février 2006 consid. 2.1).

3.2.1 S'agissant du traitement réalisé en 2018 consistant en la mise en place d'un implant et d'une couronne, celui-ci a dû être réalisé en raison du développement d'une ostéolyse péri-radriculaire.

L'ostéolyse correspond à une destruction du tissu osseux qui est dû le plus souvent par une parodontite ou une maladie infectieuse du support dentaire.

Selon le Dr F., cette affection diagnostiquée en 2018 ne peut pas être mise en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident de 1984, dès lors qu'à cette occasion seul le tissu pulpaire avait été blessé et non pas le parodonte, lequel était d'ailleurs encore en bon état (sans souffrance) en 2013 (réponses 23, 26 et 29). A l'examen de la radiographie du 7 juillet 2014, le médecin-dentiste conseil a constaté que la limite de la CCM était juxtaosseuse et que l'espace biologique n'avait pas été respecté lors de la confection de la

prothèse (réponses 29 et 30). Il a dès lors conclu que la réaction inflammatoire autour de la dent n°11 avait été causée très probablement (à 75 %) par la mauvaise position de la CCM fixée en 2013, au demeurant sans l'aval de l'assureur (réponse 31).

Ces explications cohérentes convainquent la Cour et ne sauraient être mises en doute par le bref courrier du 12 juin 2018 du Dr D. qui n'a fourni aucune explication sur la nature et les causes possibles de l'affection apparue en 2017, se contentant de déclarer n'avoir jamais entendu dire qu'une couronne pouvait provoquer une ostéolyse péri-articulaire et d'affirmer péremptoirement que cette affection était due au traumatisme précédent. Ce point de vue non étayé et peu convaincant ne suffit pas à mettre en doute l'appréciation du Dr F.

Dans ces circonstances, il apparaît superflu de faire procéder à une expertise, les faits étant suffisamment établis (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_418/2018 consid. 5.3).

3.2.2 En l'absence de lien de causalité probable entre l'ostéolyse péri-radicaire diagnostiquée en 2018 et l'accident de 1984, il n'y a pas lieu d'examiner si le traitement était efficace, approprié et sans mesure superflue.

3.2.3 Reste à vérifier si l'intimée doit prendre à sa charge le traitement prodigué en 2018 sous l'angle de l'article 31 alinéa 1 LAMal, lequel prévoit que 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), 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).

Conformément à l'article 33 alinéas 2 et 5 LAMal, en liaison avec l'article 33 lettre d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102), le Département fédéral de l'intérieur (DFI) a édicté les articles 17 à 19a de l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS ; RS 832.112.31), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'article 31 alinéa 1 lettres a à c LAMal. Selon une jurisprudence constante, la liste des affections de nature à

nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie est exhaustive (ATF 129 V 279 consid. 3.2 ; 127 V 332 consid. 3a et 343 consid. 3b ; 124 V 185).

Or, l'ostéolyse péri-radriculaire ne figure pas dans cette liste, comme l'a confirmé le Dr F. à la réponse 32 du questionnaire. La prise en charge du traitement n'incombe dès lors pas à l'assurance obligatoire des soins.

4. Au vu de ce qui précède, il sied de rejeter le recours et de confirmer la décision sur opposition de l'intimée du 12 décembre 2018.