

## **GE\_GERICHTE A/805/2009 vom 20. Januar 2010**

GE Cour de justice, 2010-01-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_805\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_805_2009)

FR: GE\_GERICHTE A/805/2009 du 20 janvier 2010

IT: GE\_GERICHTE A/805/2009 del 20 gennaio 2010

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 20.01.2010  
A/805/2009

A/805/2009 ATAS/79/2010 du 20.01.2010 ( LAMAL ), ADMIS En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/805/2009  
ATAS/79/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES  
Chambre 5 du 20 janvier 2010 En la cause Madame C \_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN,  
représentée par X \_\_\_\_\_ (SUISSE) SA, Monsieur D \_\_\_\_\_ recourante contre  
CSS ASSURANCE, sise Droit & Compliance, Tribschenstrasse 21, LUCERNE intimée EN  
FAIT Madame C \_\_\_\_\_, née en 1980, est assurée auprès de la CSS (ci-après: la  
caisse) pour l'assurance obligatoire des soins. Par courrier du 26 novembre 2007, le  
médecin-dentiste L \_\_\_\_\_ informe la caisse que sa patiente souffre d'anorexie et  
qu'elle est suivie par la Dresse M \_\_\_\_\_, psychiatre, depuis le mois de juin 2003. Il lui  
semble dès lors que les traitements et la prophylaxie relatifs à cette pathologie doivent être  
pris en charge par l'assurance de base. Il invite la caisse à prendre contact avec lui, afin  
d'établir les prestations du tarif dentaire qui peuvent être directement soumises à l'assurance  
pour un remboursement. Le 26 novembre 2007, le médecin-dentiste L \_\_\_\_\_ fait  
également parvenir à la caisse le formulaire relatif aux lésions dentaires selon la LAMal,  
dans lequel il précise, sous "mesures immédiates", qu'il convient de faire des radiographies.  
À titre de mesures thérapeutiques, il cite « l'application de gel fluoré et "Tooth Mousse" ».   
Sous "propositions pour le traitement définitif", il indique « surveillance des surfaces  
dentaires exposées aux acides gastriques et prophylaxie par reminéralisation (...) deux à  
trois fois par an. » Dans son certificat médical du 2 avril 2008, la Dresse M \_\_\_\_\_  
atteste, à l'attention du médecin-conseil de la caisse, que sa patiente souffre d'une anorexie  
mentale. Elle la suit depuis juin 2003 pour cette affection. A l'époque, elle pesait 52 kilos  
pour 1 mètre 72. Actuellement, elle est stabilisée entre 55 et 56 kilos. Sa patiente a alterné  
des périodes d'anorexie et de boulimie depuis l'âge de 17 ans, compensant les prises de  
nourriture par des vomissements répétés, le sport à outrance, les laxatifs et les diurétiques.  
Depuis son arrivée à Genève pour ses études, en 2002, elle a maintenu essentiellement les  
vomissements. Lorsqu'elle a commencé à être suivie par cette praticienne, elle vomissait  
entre trois et quatre fois par jour, à chaque prise de nourriture. Actuellement, elle vomit  
entre cinq et six fois par semaine. Elle continue d'être obnubilée par son poids et est  
extrêmement obsessionnelle sur la nourriture (ne mange aucune graisse, très peu de  
protéines, surtout des fruits et des légumes et un minimum de céréales). Son anorexie s'est  
ainsi chronicisée. Selon ce médecin, « il est clair que les atteintes dentaires sont dues à son  
trouble mental chronique, d'une part du fait de l'attaque directe des acides des vomissements  
et d'autre part par carence alimentaire en minéraux et protéines nécessaires. » Par courrier  
du 24 avril 2008, la caisse a informé le médecin-dentiste L \_\_\_\_\_ qu'un contrôle  
annuel, comprenant détartrage, fluoration et radiographies de contrôle, est à la charge de

l'assurée et qu'elle assumera les frais de trois séances d'un quart d'heure de fluoration par an, ainsi que d'une gouttière de fluoration. Par courrier du 3 juin 2008, l'assurée, représentée par son conseil, transmet à la caisse diverses factures relatives aux soins dentaires effectués depuis août 2004 pour un montant total de 3'548 fr. Elle relève que ces soins sont liés à sa maladie, de sorte qu'ils sont à la charge de la caisse. À cet égard, elle souligne qu'avant sa maladie elle ne souffrait d'aucun problème dentaire et avait toujours été régulièrement suivie par un dentiste à raison d'une consultation tous les six mois aux États-Unis. Dans son rapport du 25 juin 2008, le Dr N\_\_\_\_\_, médecin-dentiste et médecin-conseil de l'assurance-maladie, relève, s'agissant de la carence alimentaire en minéraux et en protéines nécessaires dont a fait état la Dresse M\_\_\_\_\_, que « une dent ne peut pas avoir de carence alimentaire une fois qu'elle est définitivement formée. Par contre sa surface peut absorber des ions Fluor dans ses cristaux d'apatite rendant ainsi la dent beaucoup plus résistante aux attaques d'acide. » Le Dr N\_\_\_\_\_ considère par ailleurs que le médecin-dentiste L\_\_\_\_\_ confirme l'importance et la nécessité d'incorporer de telles patientes dans un programme de prophylaxie dentaire intense. Un tel programme doit comporter la confection de gouttières de fluoration, des contrôles nettoyages-motivation réguliers (trois à quatre fois par an) avec une séance annuelle aux frais de l'assurée et des fluorations topiques régulières. Ces mesures permettent de beaucoup diminuer, voire même d'éviter dans la majorité des cas, les dégâts dus aux acides que peut engendrer une anorexie mentale. Ainsi, les caries constituent des pathologies évitables et ne sont pas prises en charge. De l'avis du médecin-conseil de la caisse, « si l'assurée avait été informée de l'importance de la prophylaxie dentaire et incorporée dans un programme de prophylaxie dentaire intense dès 2003-2004, avec une vraisemblance prépondérante, tous les travaux dentaires effectués entre 2004 et 2008 auraient pu être évités. » Dans son certificat médical du 27 juin 2008, Monsieur D\_\_\_\_\_, médecin-dentiste aux Etats-Unis, certifie avoir suivi l'assurée de 1992 à 2002, soit jusqu'à ce qu'elle parte à Genève. Au-delà de cette date, il a continué à suivre l'évolution de ses problèmes dentaires lorsqu'elle venait rendre visite à sa famille. Ceux-ci sont le résultat de sa maladie, de l'avis de ce dentiste. Il atteste en outre qu'elle venait faire des check-ups de routine deux fois par an avec un hygiéniste et lui-même, qu'elle prenait soin de ses dents, lesquelles n'ont connu aucun problème jusqu'au début de sa vingtième année. Ses dents ont commencé alors de montrer des signes typiques d'érosion provoqués par les vomissements. Il y a une année et demi, il a constaté que l'état de ses dents avait empiré en rapport avec l'anorexie et la boulimie. Par décision du 4 août 2008, la caisse refuse la prise en charge des factures transmises, sur la base de l'avis médical du Dr N\_\_\_\_\_. Elle relève en outre qu'aux termes de la loi, les soins dentaires occasionnés par des maladies psychiques graves ne sont pris en charge que si l'assureur-maladie a donné préalablement une garantie spéciale et avec l'autorisation expresse du médecin-conseil. Cette condition fait défaut en l'espèce. Dans son certificat médical du 15 août 2008, le médecin-dentiste L\_\_\_\_\_ confirme que l'assurée vient régulièrement à sa consultation depuis le 13 août 2004. Il a mis avec sa patiente l'accent sur toute une série de mesures prophylactiques poussées que cette dernière a acceptées et exécutées à la lettre. Il s'agit d'applications topiques de gelée fluorée hautement concentrée à l'aide de gouttières, de bains de bouche fluorés systématiquement utilisés après chaque vomissement et, depuis le mois de mai 2007, l'application quotidienne de Tooth Mousse aidant à la reminéralisation des dents. Les visites tous les six mois chez l'hygiéniste-dentaire ont permis de renforcer et d'adapter ces mesures, ainsi que de surveiller et de traiter l'apparition de lésions carieuses. Ce médecin-dentiste expose en outre ce qui suit : « A notre

avis les lésions dépistées au cours du temps auraient pu être maintenues à un stade "pré-carieux" grâce à toutes nos mesures, mais nous pensons que la présence chronique d'acide dans la cavité buccale a défavorablement agi sur ces lésions. Car il est scientifiquement établi que toutes ces mesures prophylactiques auraient dû suffire à éviter voire faire régresser des caries débutantes. Mais force est de constater que cela est en partie insuffisant dans notre contexte. Nous voulons encore relever le fait que la patiente est venue dès le début de ses consultations pour trouver une aide à la protection de ses dents, car elle a toujours été sensible aux dégâts que sa maladie pouvait provoquer à sa dentition. » Le 15 septembre 2008, l'assurée forme opposition à la décision de la caisse du 4 août 2008, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à la prise en charge des factures transmises. Elle reprend ses précédents arguments et souligne que les attestations démontrent qu'elle a toujours porté un soin méticuleux à son hygiène dentaire, en ayant des contrôles bisannuels depuis l'année de ses 12 ans en tout cas, ainsi que par l'adoption de traitements préventifs. Ainsi, les problèmes dentaires ne sont pas dus à une hygiène bucco-dentaire déficiente mais sont consécutifs à sa maladie. Dans son rapport du 12 novembre 2008, le Dr N\_\_\_\_\_ relève qu'un à deux contrôles-nettoyages par an est le rythme normal de contrôle chez une personne ne présentant aucune pathologie buccale. Les patients atteints d'une pathologie telle que l'assurée doivent être pris en charge beaucoup plus fréquemment, soit tous les deux à trois mois, afin de les aider intensivement dans leur motivation pour avoir une hygiène parfaite et d'éliminer la plaque dentaire, facteur nécessaire et indispensable à la formation de caries. Ce médecin a ainsi maintenu son appréciation précédente et a considéré que, si l'assurée avait été prise en charge dès le début de la maladie dans un programme de prophylaxie professionnelle intense avec quatre à six contrôles-nettoyages-fluoruration par an, les dégâts carieux auraient pu être évités avec une vraisemblance plus que prépondérante. Par décision du 5 février 2009, la caisse rejette l'opposition de l'assurée. Elle admet que l'anorexie mentale rentre dans le cadre de la loi pour permettre la prise en charge des soins dentaires nécessités par cette pathologie. Elle conteste toutefois que les problèmes dentaires étaient objectivement non évitables. A cet égard, elle relève que l'assurée a effectué au maximum deux contrôles par an depuis 2002. En 2004 et 2005, il n'y a eu aucun contrôle-nettoyage ni fluoruration. Au vu de la pathologie de l'assurée, les soins préventifs étaient insuffisants. Par acte du 9 mars 2009, l'assurée recourt contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en reprenant ses conclusions antérieures. Elle fait valoir que, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, des contrôles bisannuels aux fins de nettoyage et fluorisation, ainsi que l'usage quotidien de bains de bouche sont à considérer comme suffisants lorsqu'une personne est exposée plus qu'une autre à des problèmes dentaires du fait d'une maladie psychique grave avec une atteinte consécutive grave de la fonction de mastication. En se fondant sur les attestations des médecin-dentistes O\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, elle allègue en outre avoir effectué des contrôles bisannuels depuis son plus jeune âge, vouant un soin particulièrement méticuleux à son hygiène dentaire, notamment en effectuant des bains de bouche fluorés, ainsi qu'en procédant à une application quotidienne de Tooth Mousse. Le médecin-dentiste L\_\_\_\_\_ a également attesté qu'elle avait toujours été très soucieuse de trouver une aide à la protection de ses dents. Elle estime ainsi injustifié de lui reprocher de ne pas avoir fait tout ce qui est dans le domaine du possible pour éviter les affections bucco-dentaires. Dans un rapport du 18 mars 2009, le Dr N\_\_\_\_\_ expose notamment ce qui suit : « Il y a effectivement une relation entre carie et anorexie : lorsque les surfaces dentaires ou d'émail subissent des érosions ou/et un "ramollissement" des tissus dentaires à cause de l'acide

gastrique, la plaque dentaire et les bactéries responsables de la carie provoquent alors des dégâts carieux très importants. Or, chez Madame C\_\_\_\_\_, les dernières radiographies du 6.11.2008 montrent clairement qu'il y a ni érosion occlusale ou de collet, ni d'énormes obturations. Les obturations visibles sont petites et les décalcifications, début de caries aux points de contact entre les dents sont ponctuelles, sans aucune érosion. Ce sont des caries dues à la plaque dentaire, non éliminée, "nourrie" par un grand apport de glucides. Les petites caries que Madame C\_\_\_\_\_ a, ne sont pas une conséquence de la pathologie dont elle souffre puisqu'il n'y a ni érosion, ni destruction massive des tissus dentaires par l'acide gastrique. Ce sont des caries évitables. » Dans sa réponse au recours du 21 avril 2009, l'intimée conclut au rejet du recours en reprenant son argumentation antérieure et en se fondant sur le rapport précité du Dr N\_\_\_\_\_. Selon l'attestation du 13 mai 2009 du médecin-dentiste L\_\_\_\_\_, la recourante vient régulièrement à son cabinet pour effectuer des contrôles prophylactiques chez son hygiéniste dentaire ou à sa propre consultation. Il a mis l'accent sur une fluoruration topique à domicile (bain de bouche quotidien, gelée fluorée une fois par semaine) renforcée d'une fluoruration par gouttières au cabinet chaque trimestre. Ce traitement est complété par l'application régulière de Tooth Mousse après chaque crise, quelle que soit sa fréquence. Il relève par ailleurs ce qui suit : « De son côté la patiente semble très appliquée à utiliser les moyens d'hygiène inter-dentaires que nous lui avons conseillé, puisqu'à chaque contrôle notre hygiéniste et nous-mêmes avons constaté une excellente hygiène : aucun dépôt de plaque, accumulation de tartre rare, inflammation gingivale nulle, pas de saignement au sondage, ni au détartrage. Radiologiquement, certaines caries initiales avaient été repérées et surveillées. Leur traitement n'a été entrepris que sur la base des radiographies récentes et sur la présence d'une symptomatologie claire. » Par réplique du 28 mai 2009, la recourante persiste dans ses conclusions. Elle ajoute à ses arguments que les caries dont elle souffre ne sont apparues que bien après le début de sa maladie. Elle n'a par ailleurs jamais accumulé de tartre ou de plaque dentaire. Le Dr N\_\_\_\_\_ ne l'a jamais examinée. Les affirmations de ce médecin, selon lesquelles les patients atteints d'anorexie présentent une grande faiblesse dans leur motivation pour une hygiène dentaire parfaite, sont sans fondement et contraires à la vérité en ce qui la concerne. Elle a en effet toujours apporté tout le soin nécessaire à son hygiène dentaire, comme l'attestent ses médecins. Dans son rapport du 10 juillet 2009, le Dr N\_\_\_\_\_ indique, sur la base des factures à disposition, qu'il est faux d'affirmer que l'assuré a eu au moins deux contrôles-nettoyages par an. Selon ce dentiste, il n'y en a pas eu du tout en 2004 et 2005. En 2006 et 2007, il y en a eu un, voire deux. Des mesures de prophylaxies n'ont été prises que depuis la demande de prise en charge de celles-ci en 2007, alors que l'assuré était en traitement chez le médecin-dentiste L\_\_\_\_\_ depuis 2004 et que la psychiatre la soignait depuis 2003. Aucune information à l'assurée n'avait été faite ni aucune demande de prise en charge. Une prophylaxie intense pratiquée depuis 2003 aurait pu éviter les caries avec une vraisemblance plus que prépondérante. Par ailleurs, il relève que la recourante ne présentait que quelques caries ponctuelles à des points de contact à l'endroit où la dent est recouverte d'émail et est la plus dure. Il n'y a pas non plus de perte de substance au niveau occlusale des molaires ni érosion au niveau des racines et des collets. Les points atteints sont ponctuels, sans érosion plane aux points de contact des dents où il y a de l'émail. Or, selon la jurisprudence, les dégâts provoqués par une anorexie sont une destruction généralisée de l'émail, des infections parodontales, une perte de substance occlusale et palatine et des érosions planes des caries non recouvertes par l'émail, les racines et les collets. Le Dr N\_\_\_\_\_ réaffirme en outre que les patients atteints

d'anorexie présentent une grande faiblesse dans la motivation pour une hygiène parfaite, sur la base de 30 ans d'expérience et les citations de la classe SSO. Par duplique du 15 juillet 2009, l'intimée persiste dans ses conclusions, en se prévalant du rapport précité du Dr N\_\_\_\_\_. Dès lors que la recourante n'a que quelques caries ponctuelles, l'intimée estime que ces dommages dentaires ne sont pas typiques de l'anorexie mentale. Elle se prévaut également de ce que la recourante n'a demandé une prise en charge d'un traitement de prophylaxie qu'en 2007, pour affirmer que les contrôles dentaires étaient insuffisants et que, en 2004 et 2005, elle n'a suivi aucun contrôle-nettoyage. Dans son rapport du 28 juillet 2009, le Dr N\_\_\_\_\_ relève que les modèles de la denture complète de la recourante du 1<sup>er</sup> juillet 2009 qui lui ont été soumis « ne montrent aucune érosion ni sur les surfaces palatines des molaires et prémolaires supérieures ni sur les collets tant palatins que vestibulaires, marques indispensable et indiscutables d'une anorexie. » Ces surfaces étant les premières touchées par des acides dues aux vomissements, les surfaces inter-dentaires, au point de contact des dents, n'ont donc pas non plus pu être endommagées par les acides. Ce médecin conclut ainsi que « les quelques décalcifications, éventuellement caries aux points de contact de certaines prémolaires et molaires ne peuvent avoir leur origine que dans un phénomène carieux indépendant de la présence d'acide gastrique. » En se fondant sur ce rapport précité, l'intimée persiste dans ses conclusions, par écritures du 10 août 2009. Le 9 septembre 2009, la recourante se détermine sur le rapport du Dr N\_\_\_\_\_ du 28 juillet 2009. Elle fait valoir que si ses dents ne présentent aucune érosion sur les surfaces mentionnées dans l'avis de ce médecin, c'est bien la preuve qu'elle a une hygiène dentaire irréprochable. Par ailleurs, les caries ne sont apparues qu'avec sa maladie. La recourante persiste ainsi dans ses conclusions. A la demande du Tribunal de céans, le médecin-dentiste L\_\_\_\_\_ lui indique que les contrôles et prophylaxies ont eu lieu aux dates suivantes : 13 août 2004, 27 avril 2006, 24 mai et 1<sup>er</sup> novembre 2007, 25 avril et 6 novembre 2008. Par ailleurs, le premier dépistage d'une carie a lieu lors de la consultation du 13 août 2004. Dans ses écritures du 23 novembre 2009, l'intimée persiste dans ses conclusions, en relevant que les indications du médecin-dentiste L\_\_\_\_\_ confirment que la prise en charge de la recourante n'a pas été adéquate, compte tenu de la pathologie dont elle souffre. En effet, elle n'a consulté ce médecin-dentiste pour la première fois que le 13 août 2004 en raison d'une carie et, jusqu'à mai 2007, qu'une seule fois par an. Or, des mesures prophylactiques professionnelles sont nécessaires au minimum deux fois par an en cas d'anorexie. Une prophylaxie intense pratiquée dès 2003 aurait, avec une vraisemblance plus que prépondérante, prévenu l'apparition des caries constatées. Le 4 décembre 2009, la recourante précise qu'à l'occasion d'une visite de ses parents aux Etats-Unis en 2004, elle a fait un contrôle prophylactique chez son médecin-dentiste. Elle a également effectué deux contrôles prophylactiques aux Etats-Unis en 2005, soins dentaires qu'elle a payés, sachant qu'ils ne seraient pas remboursés par l'assurance. Enfin, elle a consulté pour la dernière fois son médecin-dentiste aux Etats-Unis à Noël 2006. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 4 et let. c de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique tant 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal ; RS 832.10) que des contestations relatives aux assurances complémentaires à l'assurance-maladie sociale prévue par la LAMal, et à l'assurance-accidents obligatoire prévue par la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20),

relevant de la loi fédérale sur la contrat d'assurance, du 2 avril 1908 (loi sur le contrat d'assurance, LCA ; RS 221.229.1). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGa). Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si les soins dentaires dont a fait l'objet la recourante sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins. a) Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (al. 2 let. a). Les coûts des soins dentaires ne sont pas visés par cette disposition légale. D'après l'art. 31 al. 1 LAMal, ils sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins 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 encore s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c). Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en corrélation avec l'art. 33 let. d OAMal, le Département fédéral de l'Intérieur a édicté les art. 17 à 19a de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal. Ainsi, l'art. 17 OPAS énumère les maladies graves et non évitables du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. 1 LAMal, qui ouvrent droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins. L'art. 18 OPAS mentionne d'autres maladies graves susceptibles d'occasionner des soins dentaires (art. 31 al. 1 let. b LAMal); il s'agit de maladies qui ne sont pas, comme telles, des maladies du système de la mastication, mais qui ont des effets nuisibles sur ce dernier. L'art. 19 OPAS prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis (art. 31 al. 1 let. c LAMal). Enfin l'art. 19a OPAS règle les conditions de la prise en charge des frais dentaires occasionnés par certaines infirmités congénitales. 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 127 V 332 consid. 3a et 343 consid. 3b, 124 V 194 consid. 4; ATFA du 29 décembre 2006, K 146/05). En particulier, l'art. 18 al. 1 let. c ch. 7 OPAS, prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies psychiques graves avec une atteinte consécutive grave de la fonction de mastication ou ses séquelles et nécessaires à leur traitement. Selon la jurisprudence, l'anorexie constitue une maladie psychique grave au sens de cette dernière disposition (ATF 124 V 351 ). b) L'atteinte de la fonction masticatoire résultant, en cas de maladie psychique grave, d'une hygiène buccale insuffisante ne donne lieu à prestation que si la maladie psychique rendait impossible une hygiène buccale suffisante (ATF 128 V 70 ). En effet, l'affection doit être objectivement non évitable, ce qui suppose une hygiène buccale suffisante au regard des connaissances odontologiques actuelles. Une telle hygiène exige des efforts sous forme de soins quotidiens, notamment le nettoyage des dents, l'autocontrôle, dans la mesure où cela est possible par un non professionnel, la consultation d'un dentiste dès l'apparition de particularités dans le système de mastication, ainsi que des contrôles et traitements périodiques par un dentiste, y compris une hygiène dentaire professionnelle périodique (ATF 128 V 60 consid. 4a p. 63) Par ailleurs, une personne assurée qui présente une sensibilité accrue aux affections dentaires, en raison de sa

constitution, de maladies dont elle a souffert ou de traitements qu'elle a suivis, ne peut se contenter d'une hygiène buccale usuelle. Néanmoins, l'hygiène buccale doit rester dans la mesure du raisonnable et de l'exigible en ce qui concerne aussi bien les soins quotidiens que les contrôles périodiques chez un dentiste (ATF 128 V 60 consid. 6d p. 65) En ce qui concerne la preuve, 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 (ATF 126 V 322 consid. 5a). En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante souffre d'une anorexie, soit d'une maladie psychique grave au sens de l'art. 18 al. 1 let. c ch. 7 OPAS. Toutefois, l'intimée estime, sur la base de l'avis du Dr N\_\_\_\_\_, que les caries de la recourante ne peuvent avoir leur origine que dans un phénomène carieux indépendant de la présence d'acide gastrique causée par sa maladie. D'autre part, le dentiste-conseil de l'intimée nie qu'il s'agisse en l'espèce d'une affection dentaire non évitable et reproche à la recourante de ne pas avoir observé une hygiène buccale suffisante. a) En ce qui concerne le lien de causalité entre les lésions dentaires et l'anorexie, il ne saurait être considéré que, du fait que la recourante ne présente que "quelques décalcifications, éventuellement caries aux points de contact", selon le Dr N\_\_\_\_\_, ces atteintes ne sont pas en rapport avec l'anorexie. En effet, si l'anorexie peut conduire à la destruction généralisée de l'émail, la désinfection parodontale, la perte de substances occlusale et palatine et des érosions planes des parties non recouvertes par l'émail, les racines et les collets (cf. arrêt K 181/00 du 26 avril 2002 consid. 5 c), elle peut a fortiori également être la cause de lésions mineures et de caries. b) Quant à l'hygiène buccale, il ressort du dossier que le médecin-dentiste D\_\_\_\_\_ a soigné la recourante aux Etats-Unis de 1992 à 2002. Encore au-delà de cette date, ce dentiste a continué à suivre l'évolution de ses problèmes dentaires lorsqu'elle venait rendre visite à sa famille, la dernière fois en décembre 2006 (une année et demie à compter de son attestation du 27 juin 2008). Il a attesté qu'elle venait faire des check-up de routine deux fois par an avec un hygiéniste et lui-même et qu'elle prenait soin de ses dents. Par ailleurs, elle n'a connu aucun problème dentaire jusqu'au début de sa vingtième année, selon ce dentiste. Dès août 2004, la recourante a été prise en charge par le médecin-dentiste L\_\_\_\_\_, lequel a procédé à des contrôles et soins de prophylaxie en août 2004, en avril 2006, en mai et novembre 2007, ainsi qu'en avril et novembre 2008. Il est vrai que cela ne correspond pas à deux contrôles par an, ce qui est jugé généralement nécessaire pour prévenir des dommages aux dents en présence d'une anorexie. Toutefois, comme le médecin-dentiste D\_\_\_\_\_ l'a déclaré, elle était également suivie jusqu'à fin 2006, encore par ce dernier. Le médecin-dentiste L\_\_\_\_\_ a en outre attesté qu'il a mis sur pied des mesures prophylactiques poussées que sa patiente a accepté et exécuté à la lettre. Il s'agit d'applications topiques de gelée fluorée hautement concentrée à l'aide de gouttières, de bains de bouche fluorés systématiquement utilisés après chaque vomissement, et de l'application quotidienne de Tooth Mousse après chaque crise de vomissement, quelle que soit sa fréquence, depuis le mois de mai 2007. Selon ce dentiste, la patiente semble par ailleurs très appliquée à utiliser les moyens d'hygiène inter-dentaire. A cet égard, il relève que lui-même et son hygiéniste

ont constaté une excellente hygiène, soit l'absence de dépôt de plaque, une accumulation de tartre rare, une inflammation gingivale nulle, absence de saignement aux sondages et aux détartrages. Le fait que la recourante ne présente que quelques caries de moindre importance constitue en outre un indice qu'elle a dû vouer beaucoup de soins à ses dents. En effet, comme l'intimée l'admet, l'anorexie provoque à défaut des lésions importantes. Au vu de ces éléments, le Tribunal de céans admettra qu'au degré de la vraisemblance prépondérante la recourante a observé une hygiène buccale suffisante, compte tenu de sa maladie, de sorte que les caries qu'elle a présentées étaient inévitables. Concernant les factures que la recourante a transmises à l'intimée pour remboursement, cette dernière n'a pas mis en cause leur bien-fondé. Il ressort cependant de la facture du 21 décembre 2007 qu'elle comprend également la facturation d'un rendez-vous manqué d'un montant de 94 fr. 50. Celui-ci ne saurait être à la charge de l'assureur-maladie, raison pour laquelle il y a lieu de déduire cette somme du montant total, lequel s'élève dès lors à 3'453 fr. (chiffre arrondi). Enfin, il convient de déduire de ce montant la franchise et la participation aux frais médicaux. Cela étant, le recours sera partiellement admis. L'intimée qui succombe largement sera condamnée à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision du 5 février 2009. Condamne l'intimée à payer à la recourante la somme de 3'453 fr., sous déduction de la franchise et de la participation aux frais médicaux. La condamne à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr. à titre de dépens. Dit que la procédure est gratuite. 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) pour ce qui a trait aux prestations relevant de la LAMal et/ou par la voie du recours en matière civile auprès du Tribunal fédéral (av. du Tribunal fédéral 29, case postale, 1000 Lausanne 14), conformément aux art. 72 ss LTF en ce qui concerne les prestations relevant de la LCA; 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 Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique et à l'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.