

VD_FINDINFO AM 45/16 - 5/2017 vom 23. Januar 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AM_45_16_-_5_2017

FR: VD_FINDINFO AM 45/16 - 5/2017 du 23 janvier 2017

IT: VD_FINDINFO AM 45/16 - 5/2017 del 23 gennaio 2017

Regeste

AFFECTION DENTAIRE, OPÉRATION DU SHUNT, LIEN DE CAUSALITÉ, FORCE PROBANTE, EXPERTISE MÉDICALE | 31 al. 1 LAMaI, 19a OPAS

Erwägungen

E. 1

LAMaI [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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGa). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGa). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile et auprès du tribunal compétent et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGa notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art.

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) La question litigieuse consiste à examiner si les soins dentaires, dont la prise en charge est demandée à l'intimée sous couvert de l'assurance-obligatoire des soins, sont nécessaires, au sens de l'art. 19 let. a OPAS.

E. 3

Les traitements dentaires ne sont pas, en principe, des prestations obligatoires au sens de la loi (ATF 128 V 59 consid. 4 ; ATF 128 V 135 consid. 2). La LAMaI prévoit néanmoins à l'art. 31 al. 1 LAMaI des exceptions dans le domaine du risque d'assurance de la maladie, exceptions concrétisées dans les art. 18 à 19a OPAS (Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins ; RS 832.112.31). L'art. 31 al. 2 LAMaI règle la prise en charge des traitements dentaires causés par un accident. 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). Si aucun fait constitutif n'a pu être établi relevant des art. 17 à 19a OPAS, il n'existe aucune obligation de prise en charge pour le

traitement dentaire concerné (ATF 126 V 319 consid. 3). Selon l'ATF 128 V 143, consid. 4b, deux critères sont déterminants pour délimiter un traitement médical d'un traitement dentaire : le point d'application organique du traitement et le but thérapeutique visé par ce dernier. Les traitements médicaux sont des mesures thérapeutiques appliquées à l'appareil masticatoire (point d'application organique). La procédure dentaire comprend les diagnostics et les traitements du système, masticatoire, en particulier les dents, l'appareillage de soutien des dents ainsi que les organes servant à maintenir des prothèses dentaires (ATF 120 V 194 consid. 2). Si la mesure thérapeutique vise un autre objectif que l'amélioration de la fonction dentaire ou si l'objectif du traitement ne ressort pas clairement, on doit admettre que c'est le traitement médical qui prévaut (but thérapeutique ; art. 25 LAMaI), et ce, même si le traitement est appliqué sur le système de mastication (ATF 128 V 143 consid. 4b/cc). Selon l'art. 31 al. 1 let. c LAMaI, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (ATF 127 V 391 consid. 1). L'objectif premier n'est pas de guérir les atteintes du système de mastication mais de garantir le traitement adéquat d'une maladie grave qui ne saurait être compromis en raison du refus de prise en charge d'un traitement dentaire par l'assurance-maladie (TF 9C_712/2007 du 5 février 2008 consid. 4.2 et la référence citée). Il ne se justifie en revanche pas de mettre à la charge de l'assurance-maladie des traitements dentaires réalisés postérieurement au traitement de la maladie grave (TF 9C_712/2007 du 5 février 2008 consid. 4.2 et 4.3). Les soins en question ne sont à la charge de l'assurance-maladie que si le traitement de la maladie grave listée requiert un soin dentaire préalable (TF 9C_675/2007 du 6 février 2008 consid. 4.2). L'art. 19 let. a OPAS stipule que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires pour réaliser et garantir les traitements médicaux (die zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlungen notwendig sind) lors [...] de shunt crânien.

E. 4

a) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (principe de la libre appréciation des preuves, cf. art. 61 let. c LPGa). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C_624/2014 du 19 décembre 2014 consid. 5.4.2, 8C_368/2013 du 25 février 2014 consid. 4.2.4, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 et la référence citée; TF 8C_624/2014 du 19 décembre 2014 consid. 5.4.2, 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 3.2, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C_66/2013 du 1^{er} juillet 2013 consid. 4, 9C_603/2009 du 2

février 2010 consid. 3.1, 6C_658/2008 et 8C_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1). Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 et 9C 91/2008 du 30 septembre 2008). b) La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2). c) Enfin, s'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut également leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

E. 5

En l'occurrence, l'intimée a retenu - suivant en ce sens les avis de son médecin-conseil ainsi que l'expertise du Dr P._____ - que les traitements ne font pas partie des prestations obligatoires, si une intervention vasculaire n'est pas envisagée dans l'immédiat. L'expert a conclu à l'inexistence d'un lien de causalité entre l'intervention de décembre 2012 et les soins dentaires demandés. La recourante conteste ce point de vue. Elle soutient que le rapport d'expertise du Dr P._____ ne saurait se voir attribuer valeur probante d'une part, en raison de sa qualité même et, d'autre part, vu ses contradictions avec les autres pièces médicales, en particulier les avis contraires postérieurs des dentistes traitants, à savoir celui du 3 août 2016 du Dr R._____ et celui non daté du Dr L._____. La recourante en infère que ses soins dentaires sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Dans son avis du 19 août 2015, le Dr A._____ relève l'absence d'utilité d'éliminer des foyers actifs et potentiels en 2012 et considère qu'il n'en existait pas à cette époque-là. Il observe

également des obturations dont le nombre et la grandeur peuvent considérablement augmenter le risque de fissures, avec des problèmes d'articulation mandibulaire susceptibles de s'y ajouter. Il nie que les soins dentaires soient liés à la pathologie vasculaire, les rattachant à la mastication et à la présence d'obturations métalliques. Cette appréciation est corroborée à lecture de l'avis du Dr Z. _____ qui impute les fissures des dents 37 et 47 de sa patiente à une suroccclusion manifeste (cf. devis du 18 août 2015). D'autre part et comme l'assurée l'indique elle-même à l'appui de sa demande de prise en charge du 11 janvier 2015, son dentiste a constaté une première fissure de dent en 2013, puis une seconde en 2014 seulement. Le rapport de densitométrie osseuse du 24 mars 2015 conclut à une ostéopénie lombaire et fémorale de l'intéressée, favorisant l'apparition de fissures aux dents. A la suite de l'opposition de l'assurée, la caisse-maladie s'est procurée des informations complémentaires auprès des dentistes consultés par l'intéressée. S'estimant insuffisamment renseignée, elle a ensuite mandaté expert le Dr P. _____. Ce spécialiste a examiné l'expertisée à son cabinet. Au terme d'observations et d'investigations fouillées, il a rendu son rapport le 8 juin 2016. L'expert note un état buccal déjà passablement délabré avec des fissures apparentes sur les parois des dents n° 16, 26, 27, 36, 37 et 47. Il estime que les fissures des dents 37 et 47 étaient certainement provoquées par l'ancienneté des obturations sans problème infectieux mais uniquement mécanique (douleurs à la pression, au chaud et au froid, voire une fracture d'une paroi par fatigue). Il confirme que les obturations à l'amalgame peuvent causer des amorces de fissures sur le long terme à même d'entraîner, ce que l'on appelle en mécanique, une rupture catastrophique. Associé à des dents déjà passablement délabrées comme chez la recourante, l'expert estime par ailleurs qu'un défaut d'occlusion (suroccclusion ou occlusion inadéquate sur une dent) est susceptible de provoquer une fissure pour des motifs identiques à ceux évoqués en lien avec l'amalgame. Le traitement parodontal ayant été effectué après le problème vasculaire, il ne saurait être prophylactique selon le Dr P. _____. Sans pouvoir empêcher une rechute, le traitement parodontal (avec l'extraction de la dent 17) pouvait néanmoins être considéré comme prophylactique, pour éviter des complications suite à la pose des shunts crâniens en 2012. Fort de ses constatations, l'expert retient que la prophylaxie n'était pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins dès lors qu'une intervention n'était pas envisagée dans l'immédiat. Il précise que si les traitements actuels auraient dû être exécutés plutôt que trois ans et demi depuis l'intervention chirurgicale de décembre 2012 et que même si un tel délai peut influencer et modifier la décision pour une prise en charge, il n'y a, à son avis, aucun lien de causalité entre ces traitements actuels et l'intervention précitée. L'assurée était libre de soigner ou non sa parodontite si elle n'avait pas subi l'intervention vasculaire de 2012, étant entendu que dans la négative son état bucco-dentaire laisserait à désirer. Le 6 juillet 2016, le Dr A. _____ a fait siennes les constatations et les conclusions de l'expert mandaté. Il a retenu en définitive que les soins demandés n'étaient pas à la charge de la LAMaI mais liés à des maladies évitables au sens légal. Les opinions recueillies par l'intimé avant le rapport d'expertise du 8 juin 2016, à savoir les avis du 3 novembre 2015 du Dr R. _____, du 11 décembre 2015 du Professeur G. _____, du 14 janvier 2016 du Dr L. _____ et du 3 février 2016 du Professeur X. _____ n'apportent aucun élément de nature à mettre en doute les conclusions de l'expert. Le Dr R. _____ et les Professeurs G. _____ et X. _____ ne se prononcent pas sur l'existence d'un lien de causalité entre les soins dentaires (fissures des dents 37 et 47 et les soins parodontaux) et l'intervention chirurgicale (shunt crânien) de décembre 2012. Seul le Dr L. _____ soutient avoir observé que la parodontite « infectieuse » aurait impérativement dû être traitée avant le

shunt crânien. Etant donné l'urgence, cette affection n'avait toutefois pas pu être soignée à temps, de sorte que les traitements actuels relevaient de l'assurance-maladie. Cet avis doit d'emblée être admis avec réserve puisque durant toute l'année 2012 aucun traitement concernant l'élimination de foyer n'a été effectué et qu'il existe un délai de trois ans et demi entre l'intervention chirurgicale et les traitements dont il est demandé remboursement, ce qui fait douter de l'urgence alléguée par le Dr L._____. En outre, le Dr L._____ affirme que les traitements actuels sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins sans étayer son opinion par des éléments médicaux objectifs. La multitude d'avis contraires au dossier, dont en particulier l'expertise probante postérieure du Dr P._____, interdisent d'attribuer une valeur probante au rapport isolé, et non documenté, du dentiste de la recourante. Dans son avis du 3 août 2016, le Dr R._____ n'apporte aucun élément de nature à mettre en doute le bien-fondé des constatations et des conclusions du rapport d'expertise du 8 juin 2016. En effet, il exprime uniquement son point de vue à la question de savoir si l'occlusion est responsable des fissures observées chez sa patiente. Même s'il mentionne un état bucco-dentaire ayant nécessité aucun soin entre 2002 et 2014 à l'exception de séances chez l'hygiéniste dentaire, il demeure que ce dentiste constate des obturations occlusales des molaires, de petites surfaces (dents n° 36 et 47) et légèrement plus étendues (dents n° 37 et 27). Or la présence d'obturations peut causer des fissures aux dents, surtout lorsque celles-ci sont fines (cf. rapport d'expertise du 8 juin 2016, Rép. 3). Cela étant, on ne peut que rejoindre l'avis du Dr P._____ qui constate que les fissures des dents 37 et 47 de l'assurée sont certainement provoquées par l'ancienneté des obturations et qu'elles ne posent en général aucuns problèmes infectieux mais uniquement mécaniques (cf. rapport d'expertise du 8 juin 2016, Rép. 1). Quant au Dr L._____, dans son avis non daté, il retranscrit d'abord les réflexions du congrès annuel de la société suisse de parodontologie sur la prise en charge, dans le futur et à titre prophylactique, du traitement de la parodontite. Le dentiste traitant insiste ensuite sur la nécessité pour la recourante de faire ses soins parodontaux pour le maintien de sa santé afin d'éviter toute bactériémie lors du simple brossage des dents ou lors de l'alimentation. Or comme l'observe l'intimée, ce point n'est pas litigieux, la question litigieuse étant uniquement celle de savoir si les soins réalisés sont nécessaires, au sens de l'art. 19 let. a OPAS, pour réaliser et garantir les traitements médicaux de l'atteinte vasculaire (le shunt crânien). La jurisprudence du Tribunal fédéral précise qu'il ne se justifie pas de mettre à charge de l'assurance-maladie des traitements dentaires réalisés postérieurement au traitement de la maladie grave. De plus, ces traitements dentaires ne sont à charge de l'assurance-maladie que si le traitement de la maladie grave listée exige un soin dentaire préalable ou en cours de traitement. Du reste, le texte légal précise clairement que les traitements dentaires ne sont pris en charge que pour réaliser et garantir le traitement lors du shunt crânien. Or, ce dernier a eu lieu en décembre 2012, alors que les traitements ont eu lieu plus de trois ans plus tard pour des maladies évitables. Ainsi, il n'existe actuellement aucun traitement d'une maladie grave à réaliser ou à garantir. Or, aucune intervention vasculaire n'est envisagée dans l'immédiat qui justifierait une prophylaxie. Le rapport du Dr L._____ n'est donc pas déterminant pour l'issue du présent litige. Finalement, en l'absence d'éléments objectifs – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leur bien-fondé, les conclusions approfondies de l'expert P._____, intégralement partagées par le médecin-conseil de l'intimée dans son avis du 6 juillet 2016, sont convaincantes et doivent être suivies. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimée a confirmé sa décision du 10 septembre 2015, considérant que les traitements litigieux ne

remplissaient pas les critères légaux pour justifier une prise en charge au sens de l'assurance obligatoire des soins, faute de remplir en particulier les conditions de l'art. 19 let. a OPAS.

E. 6

a) Il résulte de ce qui précède que la décision sur opposition du 4 octobre 2016, par laquelle M. _____ a confirmé son refus de prise en charge des frais dentaires de la recourante au titre de l'assurance obligatoire des soins, échappe à la critique. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante - au demeurant non assistée des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts - n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la juge unique prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 4 octobre 2016 par M. _____ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. La juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ W. _____, ■ M. _____, - Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), 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). Le greffier :

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