

# VD\_FINDINFO AM 6/09 - 30/2011 vom 4. April 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-04-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AM\\_6\\_09\\_-\\_30\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AM_6_09_-_30_2011)

FR: VD\_FINDINFO AM 6/09 - 30/2011 du 4 avril 2011

IT: VD\_FINDINFO AM 6/09 - 30/2011 del 4 aprile 2011

## Regeste

AFFECTION DENTAIRE, FRAIS DE TRAITEMENT, ASSURANCE DE BASE, REMBOURSEMENT DE FRAIS{ASSURANCE} | 31 al. 1 LAMaI, 18 OPAS

## Erwägungen

### E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la présente loi ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAMaI). 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, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, est donc recevable. b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Dès lors que la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

### E. 2

a) Les soins dentaires ne sont, en règle générale, pas couverts par l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (ATF 129 V 275 c. 3.1; 124 V 185 c. 1a et 3e). Selon l'art. 31 al. 1 LAMaI, l'assurance obligatoire des soins ne prend en charge les coûts des soins dentaires que (a) s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication, ou (b) s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles, ou (c) s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (cf. ATF 124 V 185 c. 1a). Selon l'art. 33 al. 2 LAMaI, le Conseil fédéral désigne en détail les prestations prévues aux art. 26 (mesures de prévention), 29 al. 2 (maternité) et 31 al. 1 (soins dentaires) de la loi. Le Conseil fédéral a délégué au Département fédéral de l'intérieur (ci-après: le DFI) la compétence de désigner, après avoir consulté la commission compétente, les mesures de prévention visées à l'art. 26, les prestations en cas de maternité visées à l'art. 29 al. 2 et les soins dentaires visés à l'art. 31 al. 1 de la loi (art. 33 let. d OAMaI [ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie; RS 832.102]; cf. ATF 124 V 185 c. 1b, 196 c. 2a). Sur la base de cette sous-délégation, le DFI a déterminé les soins dentaires pris en charge aux art. 17 à 19a de l'OPAS. Selon la jurisprudence constante du Tribunal fédéral des assurances, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins selon les art. 17 à 19a OPAS est exhaustive (ATF 130 V

459 c. 1.2, 464 c. 2.3; 129 V 80 c. 1.3, 275 c. 3.2; 124 V 185 c. 4). L'assurance doit prendre en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies des glandes salivaires et nécessaires à leur traitement (art. 31, al. 1, let. b, LAMaI en relation avec l'art. 18 let. d OPAS). Il faut aussi, à l'instar de l'art. 31 let. a LAMaI en relation avec l'art. 17 OPAS que la maladie n'ait pas été évitable (ATF 128 V 59). Le caractère non évitable suppose une hygiène buccale suffisante au regard des connaissances odontologiques actuelles (nettoyage quotidien, autocontrôle, visite chez le dentiste dès qu'une particularité se présente, contrôles réguliers). L'affection doit être objectivement non évitable. Il faut encore un lien de causalité entre la maladie invoquée et les soins dentaires (TF 9C\_237/2010 du 30 août 2010 c. 6.3). b) En l'espèce, la recourante fait valoir que l'état de sa dentition qui a entraîné les soins dentaires réalisés par le Dr U. \_\_\_\_\_ au cours de l'année 2005 et faisant l'objet de sa note d'honoraires du 7 mars 2006, puis le fait qu'elle ne supportait pas sa prothèse est dû au syndrome de Sjögren. Elle ne rend toutefois pas vraisemblable au niveau requis en matière d'assurances sociales (cf. ATF 135 V 39 c. 6.1; 126 V 353 c. 5b p. 360 et les références) que tel est le cas. Il ressort en effet de la correspondance du Dr U. \_\_\_\_\_ à l'intimée du 1<sup>er</sup> juin 2007, que la recourante ne s'est pas plainte de sialopénie au moment de ses premiers rendez-vous chez son dentiste-traitant, en 2002. Certes, même si aucun contrôle n'a été effectué à ce moment-là, il n'en demeure pas moins que la sécheresse buccale est apparue fin 2004, comme l'écrit la recourante à l'intimée le 2 juin 2008, ce qui correspond à ce qu'écrit le Dr U. \_\_\_\_\_ dans sa lettre du 1<sup>er</sup> juin 2007 où il confirme par ailleurs que le diagnostic de syndrome de Sjögren a été posé par le Dr K. \_\_\_\_\_ le 15 décembre 2006, alors que la recourante était atteinte d'une affection de la conjonctive. Le Dr U. \_\_\_\_\_ ne peut dès lors prétendre, dans son avis daté du 31 mars 2009, au demeurant postérieur à la décision dont est recours, et établi à la demande de la recourante, que celle-ci est atteinte de xérostomie antérieurement à la date de sa première consultation, le 28 juin 2002. Cet avis ne saurait emporter la conviction, dans la mesure où il contredit la lettre du 1<sup>er</sup> juin 2007. De surcroît, la recourante ne fournit aucun document de nature à infirmer les conclusions de l'intimée et n'apporte aucun élément qui n'aurait pas été pris en considération par la caisse. Elle se méprend enfin sur la portée de la réglementation légale. Il ne suffit en effet pas d'être atteint d'une maladie des glandes salivaires, nécessitant des soins dentaires, pour obtenir le remboursement de ceux-ci au titre de l'assurance obligatoire des soins. Il faut encore que la maladie invoquée soit à l'origine des soins effectués. Or, en l'espèce, il n'est pas contesté que les dents naturelles de la recourante ont été extraites, entre 2002 et 2003, exclusivement en raison des caries et des douleurs diverses qui en résultaient. Le syndrome de Sjögren ici en cause n'a été formellement diagnostiqué pour la première fois qu'à la fin de l'année 2006 par le Dr K. \_\_\_\_\_. Certes, l'existence de ce syndrome contribue à accroître le coût des traitements dentaires. Il n'en demeure pas moins qu'un laps de temps de près de trois ans s'est écoulé entre l'extraction de la dentition naturelle de la recourante, due à des caries, et le diagnostic formel du syndrome de Sjögren. L'écoulement de plusieurs années ne permet dès lors pas d'admettre l'existence d'un lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante, requise en droit des assurances sociales. Au vu de ce qui précède, on doit donc retenir qu'au moment de la pose de la prothèse dont le remboursement est demandé, il n'existait pas de maladie grave des glandes salivaires au sens de l'art. 18 let. d OPAS. C'est donc à juste titre que la caisse intimée a refusé de prendre en charge le coût relatif à la pose de quatre implants dentaires et de nouvelles prothèses pour un montant de 11'749 fr. 80, en remplacement de deux prothèses amovibles, confectionnées en 2003 en remplacement des dents naturelles.

### E. 3

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. 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. 45 LPA-VD et art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, la recourante, au demeurant non assistée, n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la juge unique prononce : I. Le recours déposé le 30 janvier 2009 par G. \_\_\_\_\_ est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 27 janvier 2009 par KPT-CPT Caisse-maladie SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens. La juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ Mme G. \_\_\_\_\_, ■ KPT-CPT Caisse-maladie SA, - 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). Le greffier :

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