

VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 1066 vom 7. Dezember 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-12-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__1066

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 1066 du 7 décembre 2015

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2015 / 1066 del 7 dicembre 2015

Regeste

TRAITEMENT DENTAIRE, TRAITEMENT{EN GÉNÉRAL}, AFFECTION DENTAIRE, ASSURANCE POUR SOINS DENTAIRE | 25 al. 1 LAMal, 31 al. 1 LAMal, 17 let. d ch. 3 OPAS

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 07.12.2015 Arrêt / 2015 / 1066

TRAITEMENT DENTAIRE, TRAITEMENT{EN GÉNÉRAL}, AFFECTION DENTAIRE, ASSURANCE POUR SOINS DENTAIRE | 25 al. 1 LAMal, 31 al. 1 LAMal, 17 let. d ch. 3 OPAS

TRIBUNAL CANTONAL AM 18/15 - 54/2015 ZE15.019170 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 7 décembre 2015 _____ Composition : Mme Di Ferro Demierre , juge unique Greffier : M. Bohrer ***** Cause pendante entre : B. _____ , à [...], recourante, représentée par Me Claudio Venturelli, avocat à Lausanne, et I. _____ SA , au Mont-sur-Lausanne, intimée. _____ Art. 25 et 31 al. 1 let. a LaMal ; 17 let. d ch. 3 OPAS E n f a i t : A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, est assurée au titre de l'assurance-maladie auprès d'I. _____ SA (ci-après : I. _____ SA, la caisse ou l'intimée) depuis le 1er janvier 1989. Elle bénéficie ainsi de l'assurance obligatoire des soins « [...] », avec franchise à option de 500 fr., et de l'assurance complémentaire des soins spéciaux élargis « [...] ». Le 20 novembre 2008, la Division de Chirurgie Maxillo-faciale du Centre médical E. _____ (ci-après : Centre médical E. _____) a adressé à la caisse une demande de prise en charge de soins dentaires, à savoir une gouttière de libération occlusale « pour un problème de luxation méniscale antérieure réductible bilatérale des ATMs [articulations temporo-mandibulaires] », une maladie du système de la mastication. Par courrier du 26 novembre 2008, la caisse a accepté de prendre en charge ces mesures thérapeutiques, au titre de l'assurance obligatoire des soins sur la base de l'art. 17 let. d ch. 3 OPAS. B. Le 30 août 2012, la caisse a reçu de l'assurée une facture d'un montant de CHF 2'747 fr. 10 établie le 25 juillet 2012 par le Dr J. _____, médecin-dentiste, pour des soins prodigués du 6 janvier au 18 juillet 2012. Par décompte de prestations du 14 septembre 2012, la caisse a refusé toute prise en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins tout en indemnisant l'assurée aux conditions de son assurance complémentaire à hauteur de 800 francs. Par courrier du 19 octobre 2012, l'assurée a interpellé la caisse afin qu'elle rembourse la totalité de la facture du Dr J. _____, estimant que les soins prodigués ne correspondaient pas à un traitement dentaire, mais à un traitement médical prescrit par le Dr I. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie maxilo-faciale. Le Dr J. _____ a répondu à un questionnaire que la caisse a réceptionné le 16 janvier 2013. Dans ce cadre, ce

médecin-dentiste a posé le diagnostic de « syndrome complexe de l'ATM », a indiqué que le traitement n'était pas terminé et que le cas de sa patiente relevait de l'OPAS, sans autre précision. Sur le plan anamnétique, il a renvoyé au rapport médical établi le 19 septembre 2007 par le Dr G. _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale. Il ressort de ce rapport notamment ce qui suit : « Dans l'anamnèse ORL les plaintes principales sont les suivantes : 1. Fréquentes otalgies bilatérales avec hypoacousie subjective bilatérale et acouphènes constants depuis plusieurs semaines. 2. Troubles du sommeil avec fatigue excessive journalière 3. Dysfonction thyroïdienne connue. En raison d'une obstruction nasale persistant après une grossesse, Mme B. _____ a été opérée par le Dr [...] à l'âge de 26 ans : septoplastie, turbinectomie inférieure bilatérale, large méatotomie mixte maxillaire bilatérale. Cette intervention a apporté une nette amélioration de la respiration nasale mais la patiente semble être assez souvent gênée par une sécheresse des muqueuses nasales. Il est à signaler l'existence d'une polyallergie connue et non traitée. Fréquentes céphalées chez une personne migraineuse avec une anamnèse de migraines chez plusieurs tantes du côté paternel. Traitement de dépression avec du Fluctine - depuis 2 mois. Le Dr J. _____, médecin-dentiste de la patiente, lui a confectionné il y a 3 semaines environ une gouttière dentaire qu'elle a d'ailleurs déjà eue il y a plusieurs années en raison d'un problème d'occlusion dentaire connu et pour lequel Mme la Doctoresse [...] lui aurait déjà proposé une intervention au niveau des ATMs, il y a plusieurs années. (...). Le status ORL actuel montre une bonne (un peu trop) perméabilité des 2 fosses nasales à la suite de l'intervention susnommée ; les muqueuses nasales et au niveau des sinus maxillaires sont calmes, luisantes avec quelques traces de mucus en provenance des sinus ethmoïdaux ; absence de sécheresse et de croûte à tous les niveaux ; le rhinopharynx libre et calme avec les orifices pharyngés des trompes d'Eustache parfaitement bien visibles et sans particularité ; la cavité buccale avec des traces de morsures au niveau des 2 joues ; l'ouverture et la fermeture buccales montrent un mouvement en zigzag ; l'hypopharynx, le larynx sans particularité ; les tympans calmes, cicatriciel à gauche (status post OMA, voire pose de drain transtympanique dans l'enfance (?). La glande thyroïde augmentée de volume avec palpation d'un nodule. Le reste sans particularité. (...). Conclusions et propositions : au vu de ce qui précède je pense que l'origine des otalgies, des acouphènes ainsi que de la sensation occasionnelle d'obstruction au niveau des 2 oreilles est au niveau des ATMs sur malocclusion dentaire. En cas de non amélioration de la symptomatologie subjective avec la nouvelle gouttière, la patiente devrait consulter un spécialiste maxillo-facial (...). » Par lettre du 14 février 2013, la caisse a expliqué à son assurée qu'au vu des renseignements médicaux en possession de son médecin-dentiste conseil, les traitements dentaires effectués par le Dr J. _____ en 2012 ne remplissaient pas les conditions légales pour une prise en charge relevant de l'assurance obligatoire des soins, exception faite des prestations ayant pour but de soulager les articulations temporo-mandibulaires, ce qui n'était pas le cas d'une thérapeutique dentaire d'occlusion. Le 30 novembre 2013, l'assurée a adressé à la caisse une nouvelle facture du Dr J. _____ d'un montant de 11'847 fr. pour des soins prodigués du 11 janvier au 18 octobre 2013. Dans un avis médical du 12 décembre 2013, le Dr L. _____, médecin-dentiste conseil de la caisse, a requis que le Dr J. _____ remplisse un questionnaire et précise la référence légale des soins effectués. Dans sa réponse, réceptionnée par la caisse le 21 janvier 2014, le Dr J. _____ a renvoyé au courrier d'I. _____ SA du 26 novembre 2008 faisant référence à l'art. 17 let. d ch. 3 OPAS comme base légale des soins effectués. Il a fait également observer que le cas de sa patiente demandait un suivi pluridisciplinaire dont une partie relevait du Dr I. _____ . Dans son

avis médical du 10 février 2014, le Dr L. _____ a relevé que le rapport du Dr G. _____ du 19 septembre 2007 n'était plus d'actualité et que le courrier d'I. _____ SA du 26 novembre 2008 n'était plus valable vu son ancienneté. Dans son rapport médical réceptionné par I. _____ SA le 9 avril 2014, le Dr I. _____ a posé le diagnostic de disfonctionnement bilatéral des ATMs à prédominance droite avec luxation méniscale antérieure sévère de l'ATM droite. Au niveau de l'anamnèse, ce médecin a relevé la présence de douleurs au niveau des ATMs évoluant chez l'assurée depuis l'âge de 26 ans, associées à une intolérance aux solides et une limitation de l'ouverture buccale. Il a mentionné que le cas de sa patiente relevait de l'art. 17 let. d ch. 3 OPAS. Il a joint à son rapport celui du Dr P. _____, spécialiste en radiologie, établi le 16 avril 2013 suite à une IRM effectuée sur l'assurée et dont ressortent les passages suivants : « Indication : Arthrose des ATMs, plus marquée à droite. Status après arthrocentèse en 2009. Depuis, péjoration des douleurs et des crissements. Bilan avant nouvelle arthrocentèse ou une autre intervention sur les ATMs. (...) Description : ATM droite : Dans le plan sagittal, bouche fermée, luxation méniscale antérieure sévère. Déformation du ménisque qui est partiellement replié sur lui-même sur son versant latéral. De face, le ménisque est excentré latéralement. Déformation du condyle mandibulaire qui montre des irrégularités de contours supérieures sur son versant latéral, des formations géodiques et un œdème spongieux. Pincement de l'espace entre la partie supérieure du condyle (qui est un peu spiculaire) et la cavité articulaire. Épanchement intra-articulaire d'importance modérée dans le compartiment supérieur. À l'ouverture de la bouche, la translation condylienne n'est pas diminuée, par contre il n'y a pas de réduction de la luxation du ménisque, le ménisque étant propulsé antérieurement, ce qui suggère une déchirure de l'insertion postérieure. A noter un matériel d'allure adhérentielle dans le récessus postérieur susceptible de correspondre à des cicatrices en regard de l'insertion postérieure du ménisque. ATM gauche : Dans le plan sagittal, bouche fermée, le ménisque est légèrement déplacé antérieurement sur son versant latéral alors qu'il est en situation normale sur son versant médian. De face, le ménisque est un peu basculé dans le plan antéro-postérieur oblique, la partie médiane et postérieure étant discrètement excentrée en direction médiane, alors que la partie antérieure qui est déplacée vers l'avant est siège d'un léger déplacement latéral. Discret œdème spongieux du condyle mandibulaire. Minime épanchement dans le compartiment supérieur. À l'ouverture de la bouche, bonne translation condylienne, et bonne dynamique méniscale. A noter encore qu'il n'y a pas de collection liquidienne dans les tissus mous bordant les ATMs, ni de lésion évidente des muscles masticateurs qui ont une apparence assez symétrique entre la droite et la gauche. Pas de lésion des glandes parotides ni des glandes sous-maxillaires. Pas de lésion des organes visibles des voies aéro-digestives cervicales. Pas de lésion de ce que l'on voit du contenu crânien. Conclusion : Luxation antérieure sévère du ménisque de l'ATM droite, non réductible, avec probable déchirure de l'insertion postérieure. Remaniement dégénératif actif de l'ATM droite (cf. description). Légère luxation antéro-latérale du ménisque de l'ATM gauche, réductible. ». Dans son rapport du 7 mai 2014, le Dr L. _____ a considéré que parmi les traitements réalisés par le Dr J. _____, seuls « l'ajustement occlusal » et « une importante modification attelle, rabasage » entraient dans le champ d'application de l'art. 17 let. d ch. 3 OPAS. Dans son rapport du 24 juillet 2014, ce même médecin-dentiste a confirmé que les traitements effectués par le Dr J. _____ étaient de nature purement dentaire et ne pouvaient être pris en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, faute de figurer aux articles 17 à 19 OPAS. Cet avis a été confirmé le 8 août 2014 par le Dr S. _____, médecin-dentiste conseil de la caisse pour la Suisse

alémanique, qui a considéré que le traitement entrepris par le Dr J. _____ n'était pas une thérapie adéquate et économique d'une affection de l'articulation maxillaire selon l'article 17 let. d ch. 1 à 3 OPAS. Ce praticien a également relevé qu'« une thérapie de soulagement avec des gouttières Michigan tout a plus accompagnée de physiothérapie, en plus d'un diagnostic détaillé des articulations maxillaires, serait appropriée ». Dans un courrier à l'attention de la caisse du 2 septembre 2014, le Dr L. _____ a écrit qu'il avait demandé au Dr J. _____ de lui faire parvenir toute la documentation d'avant la réhabilitation par des ponts et des couronnes tout en précisant que ce dernier n'avait pas gardé les modèles 2013, le travail n'ayant pas été réalisé dans l'optique d'une prise en charge par l'assurance-maladie. Dans son rapport du 6 octobre 2014, le Dr L. _____, a écrit ce qui suit : « La réhabilitation par 2 ponts céramo-métalliques a été entreprise sans demande préalable à l'assurance maladie, ce travail a été exécuté au tarif patient privé. Il ne m'a pas été possible d'examiner la situation de départ puisqu'il n'y a plus de modèles en plâtre disponibles. Le dossier radiographique nous donne heureusement quelques informations. L'examen des clichés radiographiques montre clairement l'absence des deux 1 ères molaires (gauche et droite) au maxillaire inférieur. Pour combler cet espace laissé libre les 2 èmes molaires ont migré, leur axe s'est incliné vers l'avant. Le déplacement de ces dents a provoqué des modifications dans l'occlusion (engrènement des dents). La copie du feuillet de l'Atlas de la SSO (société suisse d'odonto-stomatologie) décrit et schématise très bien ce phénomène. La dysharmonie acquise donne un inconfort. La confection de 2 ponts de 4 éléments, par le Dr J. _____, a pour but principal le remplacement des 1 ères molaires et la correction de la malocclusion. Il s'agit d'un problème dentaire consécutif à l'édentation. Or ce type de soins dentaires n'entre pas dans le cadre de l'assurance maladie de base. ». A nouveau sollicité par la caisse, le Dr L. _____ a précisé son avis dans un rapport du 15 décembre 2014 dont ressortent les passages ci-dessous : « Le Dr J. _____ a confectionné 2 ponts au niveau des molaires et prémolaires inférieures, des deux côtés de la mandibule. Il s'agit d'un traitement purement dentaire dont le but est de remplacer les deux premières molaires absentes et de corriger les modifications de positions des deuxièmes molaires, soit la version des dents restantes induites par l'espace laissé vacants. Le graphique issu de l'Atlas SSO (société suisse d'odonto-stomatologie) montre bien les troubles de l'occlusion relatifs à la perte d'une dent non remplacée. On observe déjà sur les radiographies du 17 juin [19]93 ces phénomènes parasites et dommageables. Par ailleurs, Mme B. _____ présente des troubles au niveau de l'articulation temporo-mandibulaire. On tente en général de soulager l'articulation à l'aide d'une gouttière de type Michigan en augmentant l'ouverture. Par contre un engrainement problématique des dents, comme l'avait Mme B. _____, ne peut être corrigé que par une action sur les dents. Cela peut être de l'orthodontie ou une réhabilitation prothétique par des couronnes et ponts. C'est exactement le travail réalisé par le Dr J. _____. Il s'agit donc de soins typiquement dentaires et non pas médicaux. Il n'y a pas de prise en charge des soins dentaires dans l'assurance de base, exceptions limitées aux art.17 à 19 OPAS. La raison de la réalisation des ponts est un problème dentaire, soigné par un traitement réalisé par un dentiste avec modifications et remplacements des dents en malposition. Le but dentaire est bien qualifié avec un traitement relatif à la fonction primaire de la dentition soit le broyage des aliments avec une correction de l'occlusion et de la fonction masticatoire. Le point d'application du traitement est aussi la dent. Dès lors, aucune prise en charge n'est envisageable dans ce cadre. ». Par décision du 30 décembre 2014, la caisse a refusé de prendre en charge les soins effectués par le Dr J. _____ ceux-ci ne relevant ni d'un traitement médical ni de soins dentaires couverts par l'assurance

obligatoire des soins. Par courrier du 8 janvier 2015, complété le 28 janvier 2015, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision de la caisse. Par décision sur opposition du 1^{er} avril 2015, la caisse a admis partiellement l'opposition de l'assurée estimant qu'un montant de 362 fr. 20 devait lui être alloué au titre de l'assurance obligatoires des soins, certains traitements réalisés par le Dr J. _____ en rapport avec la gouttière de libération, ainsi que les différents ajustements nécessaires, à savoir exclusivement la position 4182 réalisée le 6 juin 2013 avec son laboratoire, tombant dans le champ d'application de l'art. 17 let. d ch. 3 OPAS. Elle a en outre indemnisée l'assurée à hauteur de 800 fr. pour l'année 2013, sur la base de son assurance complémentaire. C. Par acte de son mandataire du 11 mai 2015, B. _____ recourt à l'encontre de cette décision sur opposition et conclut principalement à ce qu'il soit constaté que les traitements prodigués par le Dr J. _____, ayant fait l'objet des notes d'honoraires des 25 juillet 2012 et 30 octobre 2013, relèvent de l'assurance obligatoire des soins au sens de la LAMal et que la décision entreprise soit réformée en ce sens qu'I. _____ SA soit condamnée à prendre en charge ces notes d'honoraires aux conditions de la LAMal. A titre subsidiaire, la recourante conclut à ce que la décision entreprise soit annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants. La recourante - tout en dénonçant une instruction qu'elle estime superficielle ainsi que le fait de n'avoir jamais été examinée par un médecin ou un dentiste conseil de l'intimée - conteste la position de la caisse, refusant de considérer les traitements prodigués par le Dr J. _____ comme entrant dans le cadre de la LAMal et de l'OPAS, cela en se basant essentiellement, voire exclusivement, sur l'avis de son médecin-dentiste conseil, le Dr L. _____. Elle relève ainsi que les rapports de ses propres médecins, produits en procédure administrative, vont tous dans le même sens, à savoir que le traitement du Dr J. _____ entre dans le cadre des prestations prévues par la LAMal et l'OPAS. Elle estime ainsi que la position du Dr L. _____ ne saurait être suivie et soutient que son avis n'aurait aucune valeur probante. Elle indique également s'opposer aux reproches de la caisse de ne pas avoir déposé une demande préalable de prise en charge de ses soins, à savoir une question irrelevante dans le cas d'espèce pour décider du sort du litige au fond. En dernier lieu, la recourante réserve son droit à requérir des mesures d'instruction complémentaires en particulier par l'audition de témoins ou la fixation d'une audience une fois la réponse de l'intimée connue. Elle déclare également envisager de demander un autre avis médical neutre pour confirmer ses prétentions après avoir interpellé les Drs I. _____ et J. _____. Dans sa réponse du 2 juillet 2015, I. _____ SA conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. L'intimée relève tout d'abord que ni le Dr I. _____ ni le Dr J. _____ n'ont expliqué et justifié en quoi les traitements effectués entreraient dans le cadre de l'OPAS, à l'inverse de ses médecins-dentistes conseils qui ont clairement expliqué et motivé dans leurs différents rapports, au demeurant probants, pour quelles raisons il s'agissait de traitements dentaires qui n'entraient pas dans le champ d'application des art. 17 à 19 de ladite ordonnance et qui ne relevaient pas non plus d'un traitement médical au sens de la LAMal. L'intimée fait ainsi remarquer que même en présence de la maladie de la recourante touchant son système masticatoire, les soins typiquement dentaires effectués par le Dr J. _____ en 2012 et 2013 ne peuvent être pris que très partiellement en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, ceux-ci n'entrant pas, pour l'essentiel, dans le cadre des mesures thérapeutiques buccodentaires admises par l'Atlas SSO et n'étant pas de nature à soigner la maladie dont souffre la recourante. L'intimée estime ainsi n'avoir à allouer ses prestations légales que pour les traitements en rapport avec une gouttière de libération posée à la recourante ainsi

que les différents ajustements nécessaires s'y rapportant, pour un montant total de 362 fr.

20. Dans sa réplique du 31 août 2015, la recourante indique ne pas avoir d'autres explications à fournir ou pièces à produire. D. Les arguments des parties seront repris dans la mesure utile. E n D r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte 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, compte tenu des fêtes judiciaires pascales (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA), auprès du tribunal compétent et respecte les autres conditions de forme (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. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). Le litige porte sur la prise en charge de traitements pour un montant inférieur à 30'000 fr., de sorte qu'il relève de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 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 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieux le refus par l'intimée de prendre en charge, au titre de l'assurance obligatoires des soins, l'ensemble des traitements prodigués par le Dr J. _____ ayant fait l'objet des notes d'honoraires datées des 25 juillet 2012 et 30 octobre 2013. 3. a) Selon l'art. 24 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations définies aux art. 25 à 31 LAMal en tenant compte des conditions des art. 32 à 34 LAMal. Au titre de l'assurance obligatoire des soins, les assureurs ne peuvent pas prendre en charge d'autres coûts que ceux des prestations prévues aux art. 25 à 33 (art. 34 al. 1 LAMal). Selon l'art. 25 al. 1 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. Est réputée maladie au sens de l'art. 3 LPGA toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. L'atteinte à la santé doit atteindre un certain niveau de gravité, pour valoir comme maladie. La nécessité d'un traitement au sens de l'art. 3 LPGA existe lorsque l'atteinte à la santé limite les fonctions corporelles ou psychiques dans une telle mesure que le patient a besoin d'aide médicale, que le rétablissement sans aide médicale ne pourrait vraisemblablement pas être atteint ou pas dans un délai convenable, ou lorsqu'il ne peut pas être exigé du patient de vivre sans au moins une tentative de traitement. Selon l'art. 31 al. 1 LAMal, 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). Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail les prestations prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal. Le Conseil fédéral, sur la base de l'art. 33 al. 5 LAMal, a délégué cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (ci-après : DFI). Le DFI a fait usage de cette sous-délégation en arrêtant l'OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832. 112.31), singulièrement les art. 17 à 19 de cette ordonnance. L'art. 17 OPAS édicté en exécution de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal renferme une liste des maladies graves et non évitables du système de la mastication. L'art. 18 OPAS (édicte en application de l'art. 31 al. 1 let. b LAMal), énumère les autres maladies graves susceptibles d'occasionner des soins dentaires ; 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. Quant à l'art. 19 OPAS (édicte en exécution de l'art. 31 al. 1 let. c LAMal), il prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis. 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 19 OPAS est exhaustive (ATF 124 V 185 consid. 4 et 346 consid. 3a). Sous le titre « Maladies du système de la mastication », l'art. 17 let. d ch. 3 OPAS prévoit qu'à condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et le traitement n'étant pris en charge par l'assurance que dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige, l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies graves et non évitables de l'articulation temporo-mandibulaire et de l'appareil de locomotion en cas de luxation du condyle et du disque articulaire. b) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'administration, en cas de recours par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (cf. art. 28 al. 2 LPGA ; ATF 117 V 263 consid. 3b, 282 consid. 4a ; 116 V 26 consid. 3c ; 115 V 142 consid. 8a ; TF 8C_929/2008 arrêt du 5 mai 2009 consid. 3.2 ; TFA H 139/06 arrêt du 25 octobre 2006 consid. 2.2). Ce devoir comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 130 I 183 consid. 3.2 ; 117 V 263 consid. 3b ; 125 V 195 consid. 2 ; TF 8C_929/2008 du 5 mai 2009 consid. 3.2 ; TFA H 139/06 du 25 octobre 2006 consid. 2.2). Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge les apprécie librement, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2 ; TFA I 32/05 du 20 mars 2006 consid. 5.2). Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves ni sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). A cet égard, il importe 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation

de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351, précité, consid. 3b/bb et cc). 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, précité, consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/cc). En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils 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 permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, précité, consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

4. a) En l'espèce, la recourante soutient que les traitements prodigués entre 2012 et 2013 par son médecin-dentiste traitant, le Dr J. _____, doivent être pris en charge par l'intimée dans leur intégralité sous l'angle des art. 31 al. 1 let. a LaMal et 17 let. d ch. 3 OPAS et considère que l'appréciation de ses médecins sur la question devrait prévaloir sur celle, opposée, du médecin-dentiste conseil de l'intimée dont les rapports ne seraient pas probants. b) Sur un plan médical, il n'est pas contesté que la recourante souffre d'une maladie du système de la mastication couverte par l'art. 17 let. d ch. 3 OPAS. Il s'agit ainsi de déterminer si les traitements effectués en l'espèce peuvent être indemnisés comme des soins dentaires pris en charge par l'assurance obligatoire des soins au sens de l'art. 31 LAMal, respectivement des art. 17 à 19 OPAS ou, subsidiairement, comme une prestation générale en cas de maladie au sens de l'art. 25 de la LAMal. Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral des assurances, pour distinguer les traitements médicaux des traitements dentaires, a retenu qu'au premier rang des critères permettant de délimiter ces deux types de traitements figuraient le point d'application du traitement et le but thérapeutique visé par ce dernier. S'agissant du point d'application, sont des traitements dentaires – conformément à la jurisprudence constante rendue sous l'empire de la LAMA – principalement les mesures thérapeutiques appliquées à l'appareil masticatoire. Le but thérapeutique, qui constitue un autre critère déterminant, dépend de la partie du corps ou de la fonction qui doit être directement soignée ou restaurée (ATF 128 V 143). Il ressort du chapitre 42 du Manuel de la médecine de l'assurance de la Société Suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances (ci-après : SSMC), qui se fonde en particulier sur l'ATF 128 V 143 précité, que pour opérer la distinction entre les traitements médicaux et les traitements dentaires, il convient de prendre en compte en premier lieu le but thérapeutique principal et en second lieu seulement l'endroit du traitement. Selon la SSMC, doivent ainsi être considérés comme des traitements dentaires tous les soins concernant les dents et les tissus immédiatement voisins qui visent à améliorer la fonction et l'apparence de ces dents, tous les autres soins étant considérés comme des traitements médicaux pratiqués dans la cavité buccale. En d'autres termes, dans la mesure où il s'agit de dents, le traitement est considéré comme dentaire, mais si l'objectif thérapeutique se trouve à l'extérieur de la dentition, il s'agit d'un traitement médical. Dans ce contexte, il ressort de l'Atlas des maladies avec effet sur le système de la mastication édité par la Société suisse des médecins-dentistes (ex société d'édonto-stomatologie ; ci-après : Atlas SSO) - qui renferme tous les tableaux cliniques qui

comportent des traitements dentaires exigeant une prise en charge des coûts par l'assurance obligatoire des soins - que les mesures thérapeutiques bucco-dentaires en cas de luxation du condyle et du disque articulaire sont les suivantes : - explications données au patient, - repositionnement manuel de l'articulation ou du disque par distraction ou narcose (relaxation), - après repositionnement, mise au repos par fixation intermaxillaire, - physiothérapie, attelles, - analyse occlusive, et - réhabilitation occlusive avant et après chirurgie maxillo-faciale. c) Dans le cas d'espèce, il ressort en substance des rapports rédigés par le Dr L. _____ les 6 octobre et 15 décembre 2014, que les soins prodigués par le Dr J. _____ ne peuvent être à la charge de l'assurance obligatoire des soins, leur objectif thérapeutique étant de corriger un engrènement problématique des dents de la recourante par une action sur celles-ci, comme point d'application, en remplaçant les deux premières molaires absentes et en corrigeant les modifications de positions des deuxièmes molaires au moyen d'une réhabilitation prothétique par la pose de ponts. Ce processus, selon le Dr L. _____, a un but dentaire bien qualifié avec un traitement relatif à la fonction primaire de la dentition (soit le broyage des aliments) avec une correction de l'occlusion et de la fonction masticatoire, et n'a pas pour finalité de soulager les troubles de la recourante au niveau de son articulation temporo-mandibulaire, troubles généralement traités à l'aide d'une gouttière de type Michigan. Bien que la recourante souffre d'un syndrome algo-dysfonctionnel de l'appareil mandibulaire, l'analyse du Dr Hahn se conforme à la jurisprudence précitée ainsi qu'au Manuel SSMC et à l'Atlas SSO et opère une distinction correcte entre un traitement dentaire et un traitement médical. C'est ainsi à juste titre qu'il estime que l'essentiel des traitements prodigués à la recourante par le Dr J. _____ sont de nature dentaire. Ses conclusions sont par ailleurs confirmées par celles du Dr P. _____ dans son rapport du 8 août 2014, dont il ressort en substance que les traitements entrepris par le Dr J. _____ n'étaient pas adéquats et économiques pour traiter une affection de l'articulation maxillaire selon l'art. 17 let. d ch. 1 à 3 OPAS, alors qu'une thérapie de soulagement avec des gouttières Michigan tout au plus accompagnée de physiothérapie était appropriée. Par surabondance, on relèvera que le Dr J. _____ ne s'est pas adressé à titre préalable à l'intimée pour demander la prise en charge des traitements envisagés chez sa patiente, alors que tel aurait dû être le cas s'il avait estimé dès le départ que ceux-ci relevaient de la LAMal. Or, on notera sur ce point que ce praticien n'a pas été en mesure de faire parvenir au Dr L. _____ la documentation antérieure à la réhabilitation de la dentition de sa patiente et qu'il a même précisé ne pas avoir conservé les modèles 2013, le travail n'ayant pas été réalisé dans l'optique d'une prise en charge par l'assurance-maladie. Il résulte de ce qui précède que la grande majorité des soins effectués par le Dr J. _____ en 2012 et 2013 ne peuvent être considérés comme des traitements médicaux en relation avec la gouttière de la recourante ou son éventuel ajustement et sont des traitements purement dentaires. d) Les conclusions du Dr L. _____, fruit d'une instruction complète du cas d'espèce, motivées par des explications claires, précises et exemptes de toute contradiction, s'avèrent probantes et emportent l'adhésion de l'autorité de céans. Il apparaît ainsi évident que les soins effectués par le Dr J. _____ n'entrent ni dans la cadre des art. 31 al. 1 let. a LaMal et 17 let. d ch. 3 OPAS, ni subsidiairement dans celui de l'art. 25 LaMal. Cette appréciation ne saurait être remise en question par les rapports des médecins de la recourante, singulièrement ceux des Drs I. _____ et J. _____, ni par les autres pièces produites, dès lors qu'aucun de ces documents ne renferment un développement permettant de contrebalancer à satisfaction de droit la position et les conclusions du médecin-dentiste de l'intimée. En particulier, les rapports

médicaux des Drs I. _____ et J. _____, au demeurant lapidaires, ne fournissent aucune explication permettant de déterminer pour quelle(s) raison(s) les traitements prodigués à la recourante tomberaient dans le champ d'application de l'art. 17 let. d ch. 3 OPAS, article que ces praticiens se bornent à citer. Au surplus, dans le cadre de la présente procédure, la recourante n'a apporté aucune preuve supplémentaire permettant de soutenir ou de rendre vraisemblable ses allégations. Partant, il s'avère inutile de se prononcer sur les autres griefs de la recourante qui n'ont pas d'effet sur le sort du présent litige. e) En définitive, il n'existe aucun élément permettant de douter de l'avis émis par le médecin-dentiste conseil de l'intimée. Il y a donc lieu de se fonder sur celui-ci. Au vu de ce qui précède, aucune prise en charge supplémentaire des traitements dentaires effectués par le Dr J. _____ en 2012 et 2013 n'est possible sous l'angle de l'assurance obligatoire des soins. 5. a) Au regard de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. b) Il n'est pas perçu de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Vu le sort du recours, il n'y a pas lieu d'allouer de dépens ni à la recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD), ni à l'intimée en tant qu'assureur social (cf. ATF 127 V 205, 126 V 143). Par ces motifs, la juge unique prononce : I. Le recours est rejeté II. La décision sur opposition rendue le 1^{er} avril 2015 par I. _____ SA et 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 : - Me Venturelli, avocat (pour B. _____), - I. _____ 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.