

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 180 vom 11. März 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-03-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2022\\_\\_180](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__180)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 180 du 11 mars 2022

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2022 / 180 del 11 marzo 2022

### Regeste

TRAITEMENT DENTAIRE, CONDITION DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE | 31 al. 1 LAMal, 17 OPAS, 18 OPAS

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 11.03.2022 Arrêt / 2022 / 180

TRAITEMENT DENTAIRE, CONDITION DU DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-MALADIE | 31 al. 1 LAMal, 17 OPAS, 18 OPAS

TRIBUNAL CANTONAL AM 26/21 - 14/2022 ZE21.043304 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt

du 11 mars 2022 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Berberat , juge unique

Greffière : Mme Parel \*\*\*\*\* Cause pendante entre : C. \_\_\_\_\_ , à Y. \_\_\_\_\_ ,  
recourante, et K. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA, Service juridique, à H. \_\_\_\_\_ ,  
intimée. \_\_\_\_\_ Art. 17 et 18 OPAS ; 31 al. 1 LAMal E n f a i t : A.

C. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est assurée auprès de K. \_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA (ci-après : la caisse ou l'intimée) pour les soins obligatoires en cas de maladie depuis 2019. Le 1<sup>er</sup> février 2019, l'assurée s'est adressée à sa caisse pour lui demander une participation à la prise en charge de ses factures de soins dentaires, expliquant que ses incisives inférieures se déchaussaient gravement depuis qu'elle se piquait quotidiennement à l'insuline. Le 25 avril 2019, le Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste SVM-D-SSO, a transmis à l'assurée une estimation de ses honoraires s'élevant à 7'641 francs. Les soins dentaires envisagés consistaient principalement en l'extraction simple des dents 32/31 et 41/42, en la réalisation de ponts provisoires ainsi qu'en la pose de couronnes pour les dents 33/43. Il ressort du certificat médical établi le 1<sup>er</sup> juin 2019 par le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, endocrinologie et diabétologie, que l'assurée est suivie à sa consultation depuis le 13 février 2019 pour un diabète de type 2. Ce spécialiste exposait que le contrôle imparfait de cette maladie pendant plusieurs mois avait participé au mauvais état dentaire actuel et à l'inflammation des gencives. Il estimait que la prise en charge adéquate de ce mauvais état dentaire s'imposait pour améliorer l'équilibre glycémique. Par courriel du 20 août 2019, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a exposé à la caisse que l'assurée souffrait d'un diabète assez important, lequel avait eu des conséquences néfastes sur sa santé bucco-dentaire. Les quatre incisives inférieures étaient perdues et devraient bientôt être extraites. Il requérait de la caisse qu'elle prenne en charge les soins dentaires selon l'estimation précédemment transmise. Par courrier du 3 septembre 2019, la caisse a répondu au Dr Z. \_\_\_\_\_, avec copie à l'assurée, qu'après vérification auprès de son service médical, le traitement envisagé ne correspondait pas aux dispositions des articles 17

à 19a OPAS (Ordonnance du DFI [Département fédéral de l'Intérieur] sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 ; RS 832.112.31) et qu'elle ne pouvait par conséquent pas prendre en charge les soins dentaires de sa patiente par le biais de l'assurance obligatoire des soins. Par courrier du 22 septembre 2019, l'assurée a contesté le refus de prise en charge et a demandé à la caisse qu'elle reconsidère sa décision. Le 30 septembre 2019, la caisse a requis de l'assurée qu'elle produise des radiographies à l'attention de son médecin-dentiste conseil, ce que l'intéressée a fait par courriel du 15 octobre 2019. Par courrier du 6 novembre 2019, la caisse a informé l'assurée qu'elle maintenait son refus de prise en charge, le diabète ne correspondant à aucune des maladies ou des soins dentaires mentionnés aux art. 17 à 19a OPAS. Le 24 juillet 2020, l'assurée a contesté le maintien du refus de prise en charge de la caisse pour les soins dentaires litigieux. Elle a fait valoir que la cause de ces soins était le diabète de type 2 dont elle souffrait, ainsi que cela ressortait des certificats médicaux établis par le Dr D. \_\_\_\_\_ le 1<sup>er</sup> juin 2019, par le Dr Z. \_\_\_\_\_ le 7 juillet 2020 et par la médecin-dentiste P. \_\_\_\_\_ de la Clinique dentaire I. \_\_\_\_\_ le 14 juillet 2020, tous annexés. Dans son certificat du 14 juillet 2020, la Dre P. \_\_\_\_\_ indiquait que sa patiente souffrait de diabète de type 2, maladie qui avait affecté son état bucco-dentaire de façon irréversible, surtout au niveau des incisives inférieures. Lesdites dents étaient perdues, nécessitant d'être extraites et remplacées. Elle a requis de la caisse qu'elle prenne à sa charge les frais du traitement dû aux circonstances. Par décision formelle datée du 18 août 2020, la caisse a refusé de prendre à sa charge le traitement dentaire litigieux, en se référant à l'avis de son médecin-dentiste conseil, qui avait relevé que le déchaussement important des incisives inférieures correspondait à une parodontite terminale, maladie infectieuse évitable et atténuée par une hygiène personnelle et professionnelle périodique et régulière. Si, selon lui, le diabète constituait une condition favorisante, il n'en était pas la cause. La caisse relevait par ailleurs que cette pathologie ne figurait pas parmi les maladies graves et non évitables ayant des répercussions sur la dentition énumérées dans l'OPAS. Aussi le traitement envisagé ne relevait pas de l'assurance obligatoire des soins. Le 17 septembre 2020, l'assurée a formé opposition à la décision du 18 août 2020, en se basant sur une lettre que la Dre P. \_\_\_\_\_ lui avait adressée le 16 septembre 2020. Selon cette dernière, c'était la prise continue de médicaments due au diabète qui avait influencé l'état buccal de l'assurée, affectant surtout les dents les plus fragiles (incisives inférieures) et que c'est donc sur la base de l'art. 17 al. 1 lit. b (sic) OPAS (effets secondaires irréversibles de médicaments) qu'une prise en charge par l'assurance des soins obligatoires devait intervenir. Elle précisait que l'assurée avait une santé buccale stable, grâce à son suivi régulier chez le dentiste et à sa bonne hygiène dentaire. Dans un avis établi le 2 novembre 2020, R. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste conseil de la caisse, a constaté que l'assurée présentait un déchaussement dentaire localisé, principalement au niveau des incisives inférieures, qui correspondait à une parodontite terminale, maladie infectieuse pouvant être favorisée par le diabète. Il relevait toutefois que si le diabète était une condition qui pouvait aggraver une parodontite, il n'était pas la cause exclusive d'une maladie parodontale ; de même, le diabète ne rentrait pas dans les conditions des articles 17 à 19 OPAS. Aussi, la caisse n'était-elle pas tenue de prendre en charge les frais relatifs à des traitements dentaires découlant d'affections dentaires dans un contexte de diabète. D'autre part, il notait que la relation entre les effets secondaires irréversibles de médicaments et les dégâts bucco-dentaires constatés ne pouvait pas être établie. Par courrier recommandé du 6 avril 2021, l'assurée a transmis à la caisse cinq factures de la Clinique I. \_\_\_\_\_ pour un montant total de 2'991 fr. 80 dont

elle a demandé le remboursement. En date du 13 avril 2021, la caisse a requis de l'assurée le détail des prestations facturées afin de pouvoir se déterminer sur leur prise en charge. Les 21 avril, 23 avril et 7 mai 2021, plusieurs décomptes de prestations relatifs à l'année 2020 ont été envoyés par la caisse à l'assurée. Il en ressort que les prestations facturées par la Clinique I. \_\_\_\_\_ ne sont pas remboursées car uniquement pris en charge par une assurance complémentaire pour soins dentaires. Par courriers des 1<sup>er</sup> et 15 juillet 2021, la caisse a demandé aux Drs Z. \_\_\_\_\_ et D. \_\_\_\_\_ quels médicaments étaient prescrits à l'assurée pour soigner son diabète et à quelle fréquence, ceci afin de pouvoir se déterminer sur la prise en charge des frais dentaires. Il ressort du plan de traitement établi le 11 juin 2021 par le Dr D. \_\_\_\_\_ que le traitement médicamenteux de l'assurée comporte quatre médicaments, à savoir du Xultophy (insuline), du FIASP (insuline), du Metfin 1000 (Metformine) et du Diamicon MR 60 (Gliclazide) à des posologies précises. Le 8 août 2021, le Dr R. \_\_\_\_\_ a complété son précédent avis concernant la question des effets secondaires irréversibles des médicaments. Il a maintenu que la relation entre ceux-ci et les dégâts bucco-dentaires constatés ne pouvait pas être établie, en relevant qu'aucun des médicaments prescrits à l'assurée n'avait les effets indésirables décrits sur le système masticatoire — parodonte (os, gencive) et/ou dents (cf. compendium des médicaments). On ne pouvait dès lors pas retenir que la prise continue de ces médicaments avait influencé l'état buccal, affectant les dents les plus fragiles (incisives inférieures) comme le prétendait le médecin-dentiste P. \_\_\_\_\_. Le Dr R. \_\_\_\_\_ en concluait que le cas de l'assurée n'entrait pas dans le cadre d'application de l'art. 17 let. b ch. 3 OPAS. Par décision sur opposition du 15 septembre 2021, la caisse, par son service juridique, a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 18 août 2020 refusant de prendre en charge le traitement dentaire demandé par l'assurée. Elle a considéré en bref, d'une part que le diabète de type 2 ne figurait pas sur la liste des maladies susceptibles d'entraîner la prise en charge du coût d'un traitement dentaire en vertu des art. 17 à 19a OPAS, d'autre part qu'il n'était pas possible d'établir une relation de cause à effet entre les effets secondaires irréversibles des médicaments pris par l'assurée pour soigner son diabète et les dégâts bucco-dentaires constatés. B. Par acte du 13 octobre 2021, C. \_\_\_\_\_ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition rendue le 15 septembre 2021 par l'intimée confirmant le refus de prendre en charge les frais du traitement dentaire requis. Elle conclut à la réforme de la décision contestée en ce sens que l'intimée doit prendre à sa charge les frais du traitement dentaire litigieux, en faisant valoir que celui-ci est dû au diabète de type 2 dont elle souffre, comme l'attestent les certificats médicaux produits au dossier. La recourante conteste que ledit traitement aurait pu être évité par une hygiène bucco-dentaire personnelle et professionnelle adéquate. Par réponse du 17 novembre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle rappelle que, selon le Tribunal fédéral, le diabète, de quelque type qu'il soit, ne figure pas au rang des maladies susceptibles d'entraîner la prise en charge du coût d'un traitement dentaire en vertu des art. 17 à 19a OPAS (cf. ATF 124 V 346 consid. 3b). De plus, toujours selon la même jurisprudence (ATF 124 V 346 op. cit. consid. 3bb), le caractère évitable de la parodontite peut déjà, à lui seul, justifier cette exclusion de la liste figurant aux art. 17 à 19a OPAS. Enfin, s'agissant de savoir si une prise en charge pourrait intervenir en raison des effets causés par les médicaments pris par l'assurée en raison de son diabète, l'intimée expose que si l'art. 17 let. b ch. 3 OPAS prévoit la prise en charge de soins dentaires occasionnés en particulier par les maladies de soutien de la dent et les effets irréversibles de médicaments, elle considère que tel n'est pas le cas en l'espèce, les médicaments pris par la

recourante n'étant pas susceptibles de provoquer les effets décrits par celle-ci selon le compendium des médicaments. Elle se réfère sur ce point à l'avis de son médecin-dentiste conseil du 8 août 2021. Par réplique du 8 décembre 2021, la recourante a confirmé ses conclusions et ses motifs. Elle a produit : - Un courrier du 2 décembre 2021 du Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en parodontologie auprès de la Clinique I. \_\_\_\_\_, (accompagné d'un schéma), dont il ressort qu'il a procédé à un bilan parodontal complet à la demande de l'intéressée et que, selon lui, le diabète mal équilibré de la recourante constitue un facteur de risque non négligeable à l'évolution de la maladie parodontale pré-existante, et qui a probablement accéléré le processus de parodontolyse sur les incisives inférieures. - Un certificat médical établi le 6 décembre 2021 par le Dr D. \_\_\_\_\_ dont il ressort qu'au début du suivi de la recourante à sa consultation le 1<sup>er</sup> mars 2019, la situation métabolique était très décompensée, que l'examen clinique a montré la présence d'une artériopathie des membres inférieurs ainsi qu'une polyneuropathie débutante et que, dans ce contexte, il n'est pas exclu que le déséquilibre glycémique ait participé à ses problèmes dentaires dans le cadre d'une gingivite chronique occasionnant un déchaussement dentaire. Par duplique du 17 janvier 2022, l'intimée a confirmé ses conclusions tendant au rejet du recours. En ce qui concerne les pièces médicales produites par la recourante, elle expose les avoir soumises à l'attention de son médecin-dentiste conseil. Celui-ci a, dans un avis du 12 janvier 2022 produit en annexe, conclu que tant le Dr O. \_\_\_\_\_ que le Dr D. \_\_\_\_\_ avaient confirmé que le diabète était un « facteur de risque non négligeable à la maladie parodontale pré-existante », ce qui signifiait que le diabète n'était pas la cause de la parodontite terminale des incisives inférieures qui a entraîné leur extraction. Cela étant, le médecin-conseil a confirmé son avis, à savoir que l'intimée n'était pas tenue de prendre en charge les frais relatifs au traitement dentaire proposé par le Dr Z. \_\_\_\_\_, ceux-ci n'entrant pas dans le cadre des art. 17 à 19 OPAS. Pour le surplus, l'intimée reprend l'argumentation exposée dans sa réponse. Par déterminations du 8 février 2022, la recourante a contesté les éléments exposés dans la duplique et a confirmé ses conclusions. Elle soutient qu'il ressort clairement des avis médicaux de son médecin et de son médecin-dentiste que son problème dentaire trouve son origine dans le diabète et que celui-ci est une maladie reconnue. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr. (7'641 fr.), la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).] 2. Est litigieuse en l'occurrence la prise en charge par l'intimée des frais induits par le traitement dentaire de l'assurée, devisés à 7'641 fr. le 25 avril 2019 par le Dr Z. \_\_\_\_\_. La recourante prétend en effet que le traitement dentaire en question est dû au diabète insulino-dépendant (diabète de type 2) qu'elle présente, subsidiairement aux effets secondaires des médicaments qui lui ont été prescrits pour traiter ledit diabète, ce que nie l'intimée. 3. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (cf. ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (cf. ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références). b) La procédure est par ailleurs régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge, respectivement l'administration. Ce principe n'est toutefois pas absolu ; sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (cf. ATF 122 V 157 consid. 1a), lequel comprend en particulier l'obligation pour les 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 (cf. ATF 125 V 193 consid. 2 et les références citées ; cf. TF 9C\_694/2014 du 1<sup>er</sup> avril 2015 consid. 3.2). c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 4. a) Selon l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires (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. Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en corrélation avec l'art. 33 let. d OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), le Département fédéral de l'Intérieur (ci-après : le DFI) a édicté les art. 17 à 19a OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ; RS 832.112.31), 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. a 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 (au sens de l'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. Plus particulièrement, l'art. 18 let. d OPAS énumère les maladies graves au sens de l'art. 31 al. 1 let. b LAMal, qui ouvrent

droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins. Parmi ces affections figurent notamment les maladies des glandes salivaires (art. 18 let. d OPAS) mais non le diabète. L'art. 19 OPAS prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis (au sens de l'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 selon les art. 17 à 19a OPAS est exhaustive (cf. ATF 130 V 464 consid. 2.3 et les arrêts cités ; cf. TF 9C\_316/2013 du 25 février 2014 consid. 3). b) Le diabète – de quelque type qu'il soit – ne figure pas au rang des maladies susceptibles d'entraîner la prise en charge du coût d'un traitement dentaire en vertu des art. 17 à 19a OPAS. En particulier, il n'est pas mentionné dans la liste des maladies graves pouvant occasionner des soins dentaires selon l'art. 18 OPAS. Dans un arrêt du 2 novembre 1998 (ATF ATF 124 V 346), le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a jugé que le fait que le diabète ne soit pas cité dans la liste des art. 17 à 19a OPAS constituait un silence qualifié du législateur (en l'occurrence le DFI) et non pas une lacune authentique de l'ordonnance qu'il appartenait au juge de combler. Il a expliqué que le législateur avait voulu assurer, dans la nouvelle loi, la prise en charge de traitements dentaires dans les cas de maladies graves, à l'exclusion des caries et des traitements de la parodontite, considérés comme des affections évitables, en grande partie tout au moins, par une hygiène buccale irréprochable (BO 1992 CE 1302 ; BO 1993 CN 1843). Or, le critère du caractère évitable de l'affection jouait un rôle non seulement dans le cas des art. 31 al. 1 let. a LAMal et 17 OPAS, mais aussi quand il s'agissait pour le DFI de décider de la prise en charge d'un traitement consécutif à une maladie en application des art. 31 al. 1 let. b LAMal et 18 OPAS (GEBHARD EUGSTER, « Aspects des soins dentaires selon l'art. 31 al. 1 LAMal à la lumière du droit de l'assurance-maladie » [traduction française de BEAT RAEMY] in : Revue mensuelle d'odontostomatologie, vol. 107 [1997], p.127 ; voir pp. 99 ss pour le texte original allemand de cette étude, également publié dans LAMal-KVG, recueil de travaux en l'honneur de la Société suisse de droit des assurances, Lausanne 1997, p. 227). Dès lors, on peut supposer que le DFI, en n'incluant pas le diabète parmi les maladies graves susceptibles d'occasionner des soins dentaires, a considéré, dans le strict prolongement de la volonté exprimée par le législateur, que les affections dentaires secondaires au diabète pouvaient être évitées par des mesures d'hygiène buccale. c) Est "évitable" toute maladie du système de la mastication qui peut être évitée par une bonne hygiène buccale et dentaire. Dans ce sens, sont visées la carie et la parodontite (cf. ATF 129 V 275 consid. 3.3, 125 V 16 consid. 3a ; cf. SVR 1999 KV 11 p. 25 consid. 1b/aa). Le caractère non évitable suppose une hygiène buccale suffisante au regard des connaissances odontologiques actuelles, de sorte qu'une personne présentant une sensibilité accrue aux affections dentaires, ne peut se contenter d'une hygiène buccale usuelle (cf. ATF 128 V 59 regeste). 5. a) En l'espèce, force est de constater que, conformément à l'ATF 124 V 346 précité, les frais dentaires litigieux ne sont pas pris en charge dans le cadre de l'assurance obligatoires des soins. Il n'y a pas lieu de revenir sur cette jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances, d'une part parce que l'affection dentaire peut être évitée par des mesures d'hygiène buccale et, d'autre part parce que, depuis 1998, le DFI, malgré de nombreuses modifications, n'a pas modifié la liste des maladies graves figurant à l'art. 18 OPAS en y incluant le diabète, ce qui laisse supposer qu'il a considéré que cette affection n'entraîne pas dans la liste exhaustive des maladies susceptibles d'occasionner des soins dentaires malgré une hygiène buccale

irréprochable. Le diabète insulino-dépendant est un facteur favorisant mais non la cause exclusive du déchaussement des incisives inférieures. C'est d'ailleurs ce qui ressort des avis médicaux des Drs O.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ établis les 2 et 6 décembre 2021 à la demande de la recourante, qui exposent qu'il n'est pas exclu que le déséquilibre glycémique ait constitué un facteur de risque non négligeable à l'évolution de la maladie parodontale pré-existante, respectivement ait participé aux problèmes dentaires de leur patiente. b) Quant aux conséquences dentaires engendrées par la prise des médicaments prescrits à la recourante pour soigner son diabète, il ressort clairement des avis du médecin-dentiste conseil de l'intimée des 8 août 2021 et 13 janvier 2022 que la relation entre les effets secondaires de ces médicaments et les dégâts bucco-dentaires constatés ne peut pas être établie. Le Dr R.\_\_\_\_\_ expose que, selon le plan de traitement fourni par le Dr D.\_\_\_\_\_ le 11 juin 2021, la recourante est traitée par du Xultophy (insuline), du FIASP (insuline), du Metfin 1000 (Metformine) et du Diamicon MR 60 (Gliclazide). Or, selon le compendium des médicaments, aucun d'entre eux n'a les effets indésirables décrits sur le système masticatoire, à savoir parodonte (os, gencive) et/ou dents, comme le prétendait, sans autre développement, la Dre P.\_\_\_\_\_ dans sa lettre du 16 septembre 2020. L'avis du Dr R.\_\_\_\_\_ doit être considéré comme ayant pleine valeur probante au sens du consid. 3c ci-dessus, dès lors qu'il expose de manière convaincante pourquoi la relation de cause à effet ne peut être retenue. 6. a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer des dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b). Par ces motifs, la juge unique prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 15 septembre 2021 par K.\_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ C.\_\_\_\_\_, à Y.\_\_\_\_\_, ■ K.\_\_\_\_\_ Assurance Maladie SA, à H.\_\_\_\_\_, - Office fédéral de la santé publique, à Berne, 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). La greffière :

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