

VS_GERICHTE S2 22 99 vom 1. Juli 2024

VS Kantonsgericht, 2024-07-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 22 99](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_22_99)

FR: VS_GERICHTE S2 22 99 du 1 juillet 2024

IT: VS_GERICHTE S2 22 99 del 1 luglio 2024

Regeste

S2 22 99 ARRÊT DU 1ER JUILLET 2024 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Jean-Bernard Fournier et Christophe Joris, juges ; Simon Hausammann, greffier en la cause X _____, recourante, représentée par Maître Hervé Bovet, avocat, Fribourg contre EASY SANA ASSURANCE MALADIE SA, intimée (art. 31 LAMal et 18 OPAS ; prise en charge des coûts des soins dentaires)

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-maladie, à moins que la LAMal n'y déroge expressément. Posté le 28 décembre 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 6 décembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours prolongé des fêtes de fin d'année (art. 38 al. 4 et 60 LPGA), devant l'instance compétente (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à se faire rembourser par l'assurance obligatoire des soins les frais pour le traitement de sa dent 46.

E. 2.1

L'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie ou ses séquelles (art. 25 al. 1 LAMal). Ces prestations sont énumérées à l'article 25 alinéa 2 LAMal et ne comprennent pas les soins dentaires. Le coût de ces soins est néanmoins pris en charge, en cas de maladie, par l'assurance obligatoire des soins, aux conditions posées par l'article 31 alinéa 1 LAMal. Selon cette disposition légale, 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 (lettre a), ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (lettre b), ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (lettre c).

E. 2.2

Selon l'article 33 alinéa 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail les prestations prévues à l'article 31 alinéa 1 LAMal. A l'article 33 lettre d OAMal, le Conseil fédéral, comme le permet l'article 33 alinéa 5 LAMal, a délégué à son tour cette

compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Celui-ci a fait usage de cette sous-délégation aux articles 17 à 19a de l'Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS ; RS 832.112.31). La liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance selon les articles 17 à 19a OPAS est exhaustive (ATF 127 V 391 consid. 1 in fine, 124 V 193 consid. 4 et 124 V 347 consid. 3a).

- 7 - L'article 17 OPAS édicté en exécution de l'article 31 alinéa 1 lettre a LAMal mentionne une liste des maladies graves et non évitables du système de la mastication. L'article 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'article 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. Enfin, l'article 19a OPAS concerne les traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales (ATF 127 V 391 consid. 1).

E. 2.3

Selon l'article 18 alinéa 1 lettre d OPAS, l'assurance-maladie de base prend en charge les frais des traitements dentaires qui sont conditionnés par une maladie des glandes salivaires ou ses conséquences et qui sont nécessaires au traitement de l'affection. Par analogie au système prévu par l'article 31 alinéa 1 lettre a LAMal, la ratio legis de cette disposition est triple (ATF 128 V 59 consid. 4). Le but premier est de libérer l'assuré de l'obligation d'assumer les coûts d'un traitement dentaire lorsqu'il souffre précisément d'une maladie grave et non évitable du système de la mastication. Le deuxième objectif est d'exclure du catalogue des prestations obligatoires toute maladie du système de la mastication pouvant être évitée par une bonne hygiène buccale et dentaire. Dans ce sens, sont visées la carie et la parodontite. Enfin, le cercle des prestations non obligatoires pour les assureurs a été étendu : non seulement les formes évitables de caries et de parodontite s'en trouvent exclues mais aussi toute autre maladie évitable du système de mastication qui n'est pas de nature grave (ATF 125 V 19 consid. 3a ; 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 suisse d'odontostomatologie, Vol. 107, 1997, p. 118 avec les références). La jurisprudence part du principe qu'il peut être attendu d'une personne assurée qu'elle ait une hygiène buccale suffisante. Celle-ci exige des efforts sous forme d'actes quotidiens, notamment le nettoyage des dents, l'autocontrôle des dents dans la mesure où le profane le peut, la visite chez le dentiste lorsque des anomalies apparaissent dans le système de mastication, ainsi que des contrôles et des traitements périodiques par le dentiste (y compris une hygiène dentaire professionnelle périodique). Elle est déterminée par l'état actuel des connaissances en dentisterie (ATF 128 V 59 consid. 4a in fine). Il faut en principe se baser sur l'évitabilité objective de la maladie du système de

- 8 - mastication. Il est donc déterminant de savoir si, par exemple, des caries ou une parodontite auraient pu être évitées si l'hygiène buccale et dentaire avait été suffisante, et ce sans tenir compte du fait que la prophylaxie manquée doit être considérée comme subjectivement excusable dans le cas particulier (ATF 128 V 59 consid. 4b).

E. 2.4

S'agissant de la valeur probante d'un rapport médical, celle-ci dépend des points de savoir si cet acte est complet compte tenu des droits contestés, s'il est fondé sur des examens approfondis en tous points, s'il tient compte des affections dont se plaint l'intéressé, s'il a été établi en connaissance de l'anamnèse, si l'exposé du contexte médical est cohérent, voire si l'appréciation de la situation médicale est claire et si les conclusions de l'expert sont dûment motivées (ATF 122 V 157 consid. 1c ; 125 V 351 consid. 3a). Selon un arrêt du Tribunal fédéral en matière d'appréciation des preuves paru à l'ATF 135 V 465, si un cas d'assurance doit être tranché sans recours à une expertise externe, des exigences sévères doivent alors être posées à l'appréciation des preuves. S'il subsiste ne serait-ce qu'un léger doute au sujet du caractère fiable et fondé des conclusions médicales internes à l'assurance, il est alors nécessaire de procéder à des éclaircissements complémentaires (consid. 4.4). Le médecin-conseil donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies (art. 57 al. 4 LAMal). En outre, il évalue les cas en toute indépendance. Ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives (art. 57 al. 5 LAMal). Quant aux médecins traitants qui se concentrent principalement sur la question du traitement médical, leurs rapports n'aboutissent pas à une appréciation objective de l'état de santé permettant de trancher la question des prestations d'assurance de façon concluante, et ne remplissent donc que très rarement les conditions matérielles posées à une expertise par l'ATF 125 V 351 consid. 3a. Pour ces motifs et compte tenu du fait d'expérience que les médecins de famille, en raison de la relation de confiance qu'ils entretiennent avec leurs patients, se prononcent en cas de doute plutôt en faveur de ceux-ci, la prise en charge d'une prestation fondée directement et uniquement sur les indications des médecins traitants n'interviendra que très rarement dans un litige (consid. 4.5).

- 9 -

E. 3

Dans le cas d'espèce, en se basant sur l'avis de son médecin-conseil, l'intimée a refusé de prendre en charge les frais de traitement dentaire, au motif qu'il n'existait pas de lien entre l'infection de la dent 46 et la maladie auto-immune de la recourante.

E. 3.1

La lésion présentée par la recourante en février 2022 a consisté en un granulome périapical sur la racine mésiale de la dent 46. Pour le Dr D _____, l'apparition de cette affection était consécutive à un traitement endodontique insuffisant (réalisé sur cette dent par l'EMD la Dent Blanche en 2019) et à une désinfection du système canalaire inadéquat. Il a estimé qu'elle apparaissait également auprès de patients qui n'étaient pas immunodéprimés, si bien que le traitement immunosuppresseur suivi par la recourante n'avait joué aucun rôle. En outre, il a remis en doute l'existence d'une maladie de Sjögren et a estimé qu'il n'était pas justifié de retenir que les caries dentaires étaient apparues à la suite d'un manque de salive. Pour ce faire, il a cité la biopsie des glandes salivaires du 21 février 2019 et le test salivaire qui avaient montré des quantités de salive, certes réduites, mais dans les limites de la norme, ainsi que l'ultrasonographie cervicale effectuée par le Prof. F _____, spécialiste FMH ORL, laquelle n'avait pas mis en évidence d'altération du parenchyme des glandes salivaires compatible avec une maladie de Sjögren (pièce 23). Pour le médecin-conseil de l'intimée, la recourante souffrait d'une maladie carieuse qui était

évitable par des soins personnels et professionnels réguliers et périodiques. Dans ses avis successifs, le Dr D _____ a motivé les raisons pour lesquelles il convenait, selon lui, d'écarter le diagnostic de maladie de Sjögren et de retenir que les troubles dentaires de la recourante faisaient suite à un échec du traitement endodontique dispensé en 2019 par l'EMD la Dent Blanche. Son avis prend en compte l'anamnèse de la recourante et se base sur l'ensemble des pièces du dossier ainsi que sur la doctrine médicale.

E. 3.2

Différents éléments du dossier laissent cependant apparaître que la recourante est sujette à une sécheresse buccale (xérostomie) pouvant provoquer l'apparition d'infections. Une sécheresse des muqueuses avec une production salivaire nettement abaissée avait ainsi déjà été observée par la Dresse A _____ en octobre 2018 (pièce 3). Cette situation avait conduit à un contrôle auprès du Dr B _____ en février 2019. Si, certes, ce dernier n'a pas retrouvé d'élément en faveur d'une maladie de Sjögren, il a néanmoins retenu un syndrome sec oculo-buccal (pièce 5). Le Dr C _____ a ensuite aussi confirmé un syndrome sec récurrent au niveau buccal

- 10 - qui a entraîné une prise en charge dentaire spécialisée auprès de l'EMD la Dent Blanche (pièce 8). Des traitements sur les dents 24, 46 et 47 ont dès lors été prodigués en 2019 (pièce 9). Le 22 décembre 2022, le Dr E _____ de cet institut a affirmé dispenser des soins bucco-dentaires réguliers à la recourante pour soigner une xérostomie et que celle-ci était causée par le traitement immunosuppresseur. Enfin, on ajoutera que si l'ultrasonographie cervicale réalisée par le Prof. F _____ n'a pas confirmé la présence d'une maladie de Sjögren, ce spécialiste ORL a néanmoins retenu qu'un syndrome sec avait été confirmé par un bilan ophtalmologique (pièce 23). Dans ces conditions, il apparaît que la recourante souffre d'une sécheresse buccale, soit d'une affection des glandes salivaires qui peut provoquer une prédisposition accrue aux caries. Les Drs C _____ et E _____ ont en outre affirmé que le traitement immunosuppresseur était probablement à l'origine de la xérostomie. Il est ainsi sans importance que le compendium des médicaments ne mentionne pas une infection dentaire comme effet secondaire de l'Erelzi®, l'infection étant provoquée par la sécheresse buccale, elle-même causée par le médicament. Par ailleurs, pour le Dr C _____, le traitement immunosuppresseur introduit comportait des effets secondaires essentiellement infectieux (pièce 23). On note également que si la demande de prise en charge de février 2022 concernait uniquement la dent 46, il ressort des rapports des médecins de la recourante que les abcès dentaires à répétitions portaient sur tout son système de mastication (cf. pièce 23 et rapport du 22 décembre 2022 du Dr E _____), relativisant par conséquent la considération du Dr D _____ selon lequel le traitement endodontique avait provoqué l'infection carieuse. De même, on relève qu'un rhumatisme psoriasique (spondylo-arthropathie) avec une atteinte axiale, périphérique et enthésitique avait été suspectée par le Dr B _____ (pièce 5) puis confirmée par le Dr C _____ le 18 mars 2022 (pièce 19). Or, une telle maladie est également susceptible d'entraîner une prédisposition accrue aux affections dentaires (art. 18 let. c, ch. 3, OPAS) et aurait ainsi dû faire l'objet d'investigations complémentaires.

E. 3.3

Au vu des éléments qui précèdent, il n'est pas possible d'exclure au degré de la vraisemblance prépondérante, sur la base du dossier, un lien de causalité entre les affections dentaires de la recourante et les troubles dont elle souffre. En raison des avis contraires,

l'appréciation du médecin-conseil d'Easy Sana ne permet pas de trancher définitivement le droit aux prestations de la recourante. Dans la mesure où on ne peut pas exclure que la recourante souffrait d'une atteinte lui occasionnant une sensibilité accrue aux affections dentaires, le dossier ne permet en outre pas de savoir si le

- 11 - développement des infections à la dent 46 était objectivement évitable par une hygiène buccale appropriée (ATF 128 V 59 consid. 6d ; arrêt du Tribunal fédéral K 175/04 du 15 juin 2005 consid. 2.2). Il se justifie par conséquent de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise au sens de l'article 44 LPGA, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'article 43 alinéa 1 LPGA (ATF 132 V368 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_401/2019 du 9 juin 2020 consid. 5.3.3 et les références). Cette expertise devra porter sur l'origine des troubles dentaires de la recourante et déterminera notamment si les caries à répétition subies au niveau de la dent 46 étaient dues à un manque de prophylaxie et d'hygiène de l'intéressée ou si, malgré un entretien approprié, de telles infections buccales étaient inévitables en raison d'une xérostomie ou d'une atteinte auto-immune et de la médication introduite pour traiter ces troubles. Le recours du 28 décembre 2022 est ainsi admis, la décision sur opposition du

E. 6

décembre 2022 annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour la mise en œuvre d'une expertise au sens de l'article 44 LPGA. 4. La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let fbis LPGA ; la loi spéciale, en l'occurrence la LAMal, ne prévoyant par le prélèvement de frais). 5. La partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause (art. 61 let. g LPGA) lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6). 5.1. Selon les articles 61 lettre g LPGA et 91 alinéa 1 LPJA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige. L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a ; 110 V 365 consid. 3c ; SVR 2001 AHV n° 4 p. 12 consid. 3b). Aux termes de l'article 27 alinéa 1 de la loi fixant le tarif des frais et dépens devant les autorités judiciaires ou administratives (LTar ; RS/VS 173.8), les honoraires sont fixés d'après la nature et l'importance de la cause, ses difficultés, l'ampleur du travail, le temps utilement consacré par le conseil juridique, et la situation financière des parties. D'une

- 12 - façon générale, le juge est en mesure de se rendre compte de la nature et de l'ampleur des opérations que le procès a nécessitées (ATF 139 V 496 consid. 5.1). Il ne prend en compte que le temps utilisé par l'avocat qui s'inscrit raisonnablement dans le cadre de l'accomplissement de sa tâche (ATF 109 Ia 107 consid. 3b ; arrêt 5D_54/2014 du 1er juillet 2014 consid. 2.2 ; RVJ 2009 160 consid. 5a). La durée de l'activité utilement déployée par un avocat diligent est appréciée en procédant par estimation, en fonction du cours ordinaire des choses et de l'expérience de la vie (RVJ 1994 153 consid. 3c). Devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, les honoraires sont fixés entre 550 fr. et 11 000 fr. (art. 40 al. 1 LTar) selon l'importance et la complexité du litige et non pas en fonction de la liste des opérations de l'avocat de choix, d'une association ou d'une protection juridique. La LTar consacre le principe de l'évaluation globale des dépens (art. 4 al. 1 et art. 27 al. 4

LTar), laissant dans ce cadre à l'autorité ou au juge un large pouvoir d'appréciation qui doit néanmoins être exercé dans les limites fixées par la loi. 5.2. Dans le cas d'espèce, le mandataire de la recourante a produit un recours motivé de 9 pages puis une réplique de 4 pages. Au vu des critères précités, de l'activité utile déployée par Me Bovet, de la teneur des pièces de procédure déposées, du litige de difficulté moyenne dans une cause ne comportant pas de question juridique particulière, de l'ampleur réduite du dossier, la Cour fixe les honoraires de son avocat à un montant arrondi de 1800 fr., débours et TVA compris.

Prononce

1. Le recours est admis, la décision sur opposition du 6 décembre 2022 annulée et la cause renvoyée à Easy Sana Assurance Maladie SA afin qu'elle mette en œuvre une expertise au sens de l'article 44 LPGa conformément au considérant 3. 2. Il n'est pas perçu de frais. 3. Easy Sana Assurance Maladie SA versera à X _____ une indemnité de 1800 francs pour ses dépens.

Sion, le 1er juillet 2024.

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