

200.2017.185.CM

NIG/REN

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du juge unique du 8 mars 2019

Droit des assurances sociales

B. Rolli, juge
G. Niederer, greffier

A. _____
recourante

contre

Groupe Mutuel
Philos Assurance Maladie SA
Rue des Cèdres 5, 1920 Martigny
intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 24 novembre 2016



En fait:

A.

B. _____, née en 1938, assurée au titre de l'assurance obligatoire des soins selon la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal, RS 832.10) auprès de Philos Assurance Maladie SA (membre du Groupe Mutuel), atteinte d'un cancer, a subi deux cycles de chimiothérapie, le premier depuis la fin de l'été 2013 jusqu'au début de l'année 2014 et le second du printemps 2014 jusqu'en décembre 2014. Par un formulaire d'annonce de lésions dentaires selon la LAMal, du 6 octobre 2014, dans lequel le diagnostic d'une parodontite aiguë en raison d'une chimiothérapie a été retenu, le dentiste traitant de l'assurée a requis de Philos Assurance Maladie SA, au nom et pour le compte de sa patiente, la prise en charge de frais dentaires relatifs à des prestations fournies en octobre et en décembre 2014, de même qu'en janvier et en février 2015, ainsi que la prise en charge de frais de transport. Dans une décision du 9 mai 2016 adressée aux héritiers de l'assurée, décédée le 1^{er} mars 2015, Philos Assurance Maladie SA a refusé la prise en charge.

B.

L'opposition interjetée contre cette décision le 3 juin 2016 par l'unique héritière de l'assurée, à savoir A. _____, a été rejetée par Philos Assurance Maladie SA par décision sur opposition de cette dernière du 24 novembre 2016.

C.

Le 4 janvier 2017, A. _____ a porté le litige devant la Cour des assurances du Tribunal cantonal du canton du Jura, en concluant en substance à l'annulation de la décision sur opposition précitée et, principalement, à ce que soit ordonnée la prise en charge de l'intégralité des coûts dentaires de l'assurée, pour un montant total de Fr. 3'212.55,

ainsi que les frais d'un rapatriement en transport C._____, soit un montant de Fr. 195.85, le tout représentant une somme de Fr. 3'408.40, de même que, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire par la mise en œuvre d'une expertise dentaire indépendante et pour nouvelle décision, le tout sous suite de frais et dépens. Dans sa réponse du 3 février 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours. Par décision du 9 février 2017, le Tribunal cantonal du canton du Jura a décliné sa compétence et transmis le dossier au Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Le 28 avril 2017, dans le délai prolongé qui lui a été accordé pour répliquer, la recourante a produit deux avis médicaux et confirmé ses conclusions. L'intimée a également confirmé ses conclusions dans sa duplique du 20 juin 2017, à l'appui de laquelle elle a aussi produit deux nouveaux rapports médicaux. La recourante s'est encore exprimée le 11 juillet 2017, versant un rapport médical supplémentaire au dossier et persistant dans ses conclusions. L'intimée a réagi le 17 août 2017, maintenu ses conclusions et déposé un nouvel avis médical.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 24 novembre 2016 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et rejette la demande de prise en charge des soins dentaires et frais de transport présentée par l'assurée, par l'intermédiaire de son dentiste traitant. L'objet du litige porte quant à lui sur l'annulation de cette décision sur opposition et, principalement, sur la prise en charge de l'intégralité des coûts en question, de même que, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire par la mise en œuvre d'une expertise dentaire indépendante et pour nouvelle décision. Est particulièrement critiqué par la recourante l'avis de l'intimée selon lequel il n'existe pas de lien de causalité entre la maladie parodontale et la chimiothérapie.

1.2

1.2.1 Selon l'art. 58 al. 1 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1), le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours. D'après la doctrine et la jurisprudence, cette dernière éventualité n'entre en ligne de compte que s'il n'existe pas de rattachement au domicile de la personne assurée (ATF 139 V 170 c. 5.3; FRÉSARD-FELLAY/KAHIL-WOLFF/PERRENOUD, *Droit suisse de la sécurité sociale*, vol. II, 2015, p. 553). Aussi, selon la jurisprudence, il résulte du libellé, de l'historique, du but et du sens de la norme que la procédure doit être conduite devant l'instance avec laquelle les parties ont le lien le plus étroit et que la notion de partie au sens de l'art. 58 al. 1 LPGA ne vise, s'agissant des héritiers de l'assuré, que ceux qui peuvent prétendre un droit propre à des prestations (ATF 135 V 153 c. 4.11). Partant, vu que la recourante ne dispose pas d'un droit aux prestations dont la prise en charge est demandée, que l'assurée était domiciliée à Berne et que la recourante a indiqué qu'elle résidait à la semaine dans le canton de Berne, le TA est compétent pour connaître du présent litige (ATF 143 V 363 c. 5.3; UELI KIESER, *ATSG Kommentar*, 2015, art. 58 n. 15 s.).

1.2.2 Bien que le recours a été formé devant un tribunal incompétent, cette circonstance est sans conséquence sur l'observation du délai de recours, dès lors que le recours a été adressé en temps utile à ce tribunal (art. 60 al. 2 en lien avec l'art. 39 al. 2 LPGA; ATF 135 V 153 c. 1.2, 111 V 406 c. 2; arrêt du Tribunal fédéral [TF] 9C_211/2015 du 21 septembre 2015 c. 2.1, 9C_885/2009 du 1^{er} février 2010 c. 4.1 et les références citées), compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 let. c LPGA). Pour le surplus, interjeté dans les formes prescrites et par une partie disposant de la qualité pour recourir (voir au sujet des héritiers: ATF 136 V 7 c. 2.1.2 et les références citées), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et art. 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives [LPJA, RSB 155.21]).

1.3 La valeur litigieuse étant manifestement inférieure à Fr. 20'000.-, le jugement de la cause incombe au juge unique de la Cour des affaires de langue française du TA (art. 54 al. 1 et 57 al. 1 de la loi cantonale du

11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public [LOJM, RSB 161.1]).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Les prestations dont les coûts sont pris en charge par l'assurance obligatoire en cas de maladie sont décrites de manière générale à l'art. 25 LAMal. Il s'agit en premier lieu de prestations des médecins, mais aussi des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (ATF 129 V 80 c. 1.1, 128 V 135 c. 2a, 127 V 328 c. 2).

2.2 Les prestations des dentistes ne sont pas mentionnées à l'art. 25 LAMal. Les coûts des soins dentaires ne doivent être assumés par l'assurance obligatoire, en cas de maladie, que dans une mesure restreinte, s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (art. 31 al. 1 let. a LAMal) ou par une autre maladie grave ou ses séquelles (art. 31 al. 1 let. b LAMal), ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (art. 31 al. 1 let. c LAMal).

2.3 Sur la base de l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal en relation avec l'art. 33 let. d de l'ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie (OAMal, RS 832.102), le Département fédéral de l'intérieur [DFI] a énuméré ces prestations fournies par les dentistes aux art. 17 à 19a de l'ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS, RS 832.112.31). L'art. 17 OPAS définit les maladies graves et non évitables du système de la mastication occasionnant des soins dentaires pris en charge par l'assurance obligatoire. L'art. 18 OPAS décrit les maladies graves et leurs séquelles, qui sont susceptibles de donner lieu à des soins dentaires pris en charge par l'assurance obligatoire; à cet égard, les maladies ou leurs séquelles

doivent pouvoir être qualifiées de graves, mais en revanche pas l'atteinte au système masticateur qui en découle (ATF 127 V 339 c. 2b). L'art. 19 OPAS énumère les maladies graves pour lesquelles les soins dentaires font obligatoirement partie intégrante du traitement qu'elles nécessitent. Enfin, l'art. 19a OPAS a trait aux prestations obligatoirement prises en charge par l'assureur-maladie en cas d'infirmité congénitale.

2.4 Le Tribunal fédéral des assurances (TFA, ancienne dénomination des Cours du Tribunal fédéral traitant de droit social) a considéré que la liste des atteintes mentionnées aux art. 17 à 19 OPAS, qui sont de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire, était exhaustive (ATF 124 V 185). Il a confirmé par la suite cette jurisprudence constante (ATF 129 V 80 c. 1.3, 128 V 135 c. 2c).

2.5 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 144 V 427 c. 3.2, 138 V 218 c. 6).

2.6 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (ATF 143 V 124 c. 2.2.2, 125 V 351 c. 3a).

3.

3.1 Dans la décision sur opposition attaquée, l'intimée a rejeté l'opposition de la recourante et retenu, en se basant sur l'avis de son

dentiste-conseil, que la maladie parodontale de son assurée existe déjà en 1998, soit avant la chimiothérapie, et que ni les radiographies, ni l'historique médical n'établissent que cette dernière a joué un rôle déterminant dans la progression de la pathologie. Selon l'intimée et au vu du dossier médical, la maladie découle plutôt d'une mauvaise hygiène bucco-dentaire. Dans sa décision du 9 mai 2016, l'intimée avait déjà relevé que son dentiste-conseil avait constaté, sur les radiographies de 1986 à 1998, la présence de tartre gingival sur plusieurs dents, de caries et de plaque dentaire. Dans son écrit du 17 août 2018, l'intimée a encore précisé que, selon ce spécialiste, des rinçages quotidiens à base de Chlorhexidine ou de produits similaires auraient pu contribuer à améliorer l'hygiène dentaire. L'intimée a dès lors avancé que les déclarations du dentiste traitant sont en contradiction avec l'historique médical. Dans sa réponse du 3 février 2017, l'intimée a également mentionné que l'extraction de la dent n° 37 ne s'imposait pas et qu'elle a seulement eu lieu afin que l'assurée puisse bénéficier d'un nouvel aménagement dentaire, dans un but esthétique. L'intimée s'est de plus fondée sur l'avis de son pharmacien-conseil, d'après lequel l'assurée a subi un traitement oncologique à base d'Avastin alors que ce médicament n'est pas connu pour entraîner une parodontite. En énumérant les effets secondaires des autres médicaments pris par l'assurée, l'intimée a encore affirmé, dans sa duplique, que les rapports du dentiste traitant et de l'oncologue, des 10 avril et 5 juin 2017, ne parlent que de "possibles effets secondaires" et que ces documents n'apportent pas la preuve d'un lien de causalité entre ces médicaments et la maladie parodontale. Finalement, l'intimée a soutenu, dans sa réponse, que les frais de transport litigieux n'entrent pas dans les prestations ambulatoires prises en charge dans le cadre de la LAMal et qu'ils n'étaient en tous les cas pas médicalement nécessaires.

3.2 Dans son recours, sa réplique et son écrit du 11 juillet 2017, la recourante indique que le dentiste traitant de l'assurée a constaté, en octobre 2014, une grave et subite altération de la santé dentaire liée à une parodontite aiguë qu'il a d'emblée mise en relation avec la chimiothérapie. Elle précise que ce dentiste a attesté que l'état parodontal était stabilisé depuis 1998 et qu'il s'était amélioré jusqu'au début de la chimiothérapie, alors que la péjoration de l'état dentaire s'était en revanche accrue ensuite

jusqu'au décès de l'assurée. La recourante souligne que cette dernière ne s'est jamais trouvée auparavant dans une situation telle que l'extraction de plusieurs dents est devenue urgente, la dislocation des dents étant si importante que les douleurs causées l'empêchaient de s'alimenter. Elle explique que l'instabilité de l'appareil de soutien est survenue soudainement et violemment, après que les médicaments administrés durant la chimiothérapie ont déployé leurs effets (soit après 16 mois), causant le type de lésions que l'on rencontre à la suite d'un tel traitement. La recourante rappelle que l'assurée prenait des médicaments connus pour avoir des effets secondaires importants, notamment une diminution de la salive et une augmentation de son acidité. Elle insiste sur le fait qu'il convient de tenir compte de l'interaction de ces médicaments entre eux, des quantités administrées et de la durée du traitement. Leurs effets ont en outre, d'après elle, été favorisés par un état de fatigue conséquent. La recourante conteste ainsi que la maladie parodontale était liée à un manque d'hygiène dentaire, soulignant que les traitements litigieux n'ont pas porté sur des soins à des dents cariées, entartrées ou érodées et que le dossier de l'assurée ne fait état d'aucune négligence de sa part en la matière. Elle explique que l'assurée a toujours accordé le plus grand soin à ses dents, qu'elle les nettoyait plusieurs fois par jour et qu'elle se rendait en consultation au moins une fois par an. La recourante souligne que l'assurée s'est rendue 13 fois chez le dentiste au cours des deux dernières années de sa vie environ et qu'elle effectuait alors à chaque fois un rinçage au Chlorhexidine, en plus de ceux qu'elle effectuait chez elle. Partant, selon elle, l'hygiène dentaire de l'assurée allait bien au-delà des soins usuels. Finalement, la recourante indique que les frais de transport portent sur un déplacement en vue de la pose d'un implant (et non pour l'ablation de fils), si bien qu'ils doivent être pris en charge.

4.

4.1 Dans la présente cause, seule l'application de l'art. 17 let. b ch. 3 OPAS entre en ligne de compte. En effet, le cancer dont a souffert l'assurée ne fait pas partie de la liste (exhaustive, voir c. 2.4) prévue par l'art. 18 OPAS. De plus, à mesure que les traitements dentaires litigieux ont

été prodigués après la chimiothérapie et qu'ils en constituent les conséquences possibles, l'application de l'art. 19 OPAS est exclue (voir c. 2.3 et TFA K 64/04 du 14 avril 2005 c. 4.2, K 122/99 du 14 décembre 2001 c. 4b). En outre, selon la jurisprudence, pour déterminer si les frais de traitement d'une parodontopathie imputable à une chimiothérapie d'une pathologie maligne doivent être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire, il convient d'examiner si elle constitue l'effet secondaire irréversible de médicaments au sens de l'art. 17 let. b ch. 3 OPAS.

4.2 Conformément à cette disposition, pour autant que l'affection l'exige et à la condition qu'elle puisse être qualifiée de maladie, l'assurance prend en charge en tant que soin dentaire occasionné par les maladies graves et non évitables du système de la mastication (art. 31 al. 1 let. a LAMal), notamment les maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies) et en particulier les effets secondaires irréversibles de médicaments. D'après le TF, l'art. 17 let. b ch. 3 OPAS vise donc, entre autres, la parodontite causée par de tels effets secondaires (ATF 127 V 339 c. 7, dans le contexte d'une parodontopathie et d'extractions dentaires à la suite d'une chimiothérapie; TF 9C_580/2012 du 27 février 2013 c. 3; voir également TFA K 122/99 du 14 décembre 2001 c. 4c/bb et K 78/98 du 28 septembre 2001 c. 8; JAB 2002 p. 518 c. 5c; GEBHARD EUGSTER, *Bundesgesetz über die Krankenversicherung* [KVG], 2010, art. 31 n. 12). Par ailleurs, selon la jurisprudence, 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 (ATF 129 V 275 c. 3.3, 125 V 16 c. 3a; SVR 1999 KV n° 11 p. 25 c. 1b/aa). Le caractère non évitable suppose une hygiène buccale suffisante au regard des connaissances odontologiques actuelles. Une telle hygiène exige des efforts sous forme de soins quotidiens, notamment le nettoyage des dents, l'autocontrôle, dans la mesure où cela est possible par un non professionnel, la consultation d'un dentiste dès l'apparition de particularités dans le système de mastication, ainsi que des contrôles et traitements périodiques par un dentiste, y compris une hygiène dentaire professionnelle périodique. De plus, une personne assurée qui, en raison de sa constitution, de maladies dont elle a souffert ou de traitements qu'elle

a suivis, présente une sensibilité accrue aux affections dentaires, ne peut se contenter d'une hygiène buccale usuelle (ATF 128 V 59 c. 4b et 6d).

4.3 En l'espèce, il ressort du dossier médical (voir notamment pièce justificative [PJ] 3/3 de l'intimée) et n'est pas contesté que l'assurée a souffert d'une parodontite aiguë et que celle-ci a rendu nécessaire, en particulier, le retrait de 4 dents (les dents n° 31, 41 et 42 le 6 octobre 2014, voir PJ 8/1 de l'intimée et la dent n° 43 le 30 janvier 2015), de même que la pose d'un implant (le 30 janvier 2015 également; voir PJ 8/2 de l'intimée). Est uniquement litigieuse la question de l'origine de cette maladie parodontale.

5.

Le dossier médical de l'assurée contient les informations suivantes.

5.1 Selon l'historique médical établi par le dentiste traitant de l'assurée (PJ 14 de l'intimée) et jusqu'aux traitements litigieux, ce dernier a relevé la présence de beaucoup de plaque dentaire ("viel Plaque") et de tartre ("ZST" ou *Zahnstein*) le 23 mai 2011. L'historique ne mentionne qu'une légère plaque dentaire mais beaucoup de tartre lors d'un contrôle chez l'hygiéniste le 18 novembre 2011. A cette date, un examen des maladies parodontales ("ParoCheck") a aussi été réalisé, sans que le dentiste traitant ne relève d'anomalie ("i.O." ou *in Ordnung*). Il en est allé de même le 20 avril 2012, de la plaque dentaire et du tartre étant alors aussi constatés en faible quantité. Le 30 novembre 2012, beaucoup de plaque est signalée, de même qu'un nettoyage insuffisant du troisième quadrant ("3Q kaum gereinigt"), ce dernier étant devenu instable ("wackelig"). Le dentiste n'a pour le reste évoqué aucun problème particulier ("alles in Ordnung"). Du tartre a encore été nettoyé le 26 août 2013 ("div. Beläge + ZST"). Selon ce document, le dentiste traitant a diagnostiqué un status après une chimiothérapie le 25 mai 2014.

5.2 Le dentiste-conseil de l'intimée a établi un rapport médical le 2 mai 2016. Dans celui-ci, il relève en résumé qu'au regard d'un orthopantomogramme (OPT) réalisé le 16 janvier 1998, la mâchoire

inférieure ne comporte plus que sept dents et il souligne la présence d'une dégradation massive des os. Il indique aussi que sur la radiographie du 8 mars 2007, deux implants sont désormais visibles (dents n° 33 et 44). Sur celle du 3 octobre 2014, il constate ensuite l'extraction de l'un de ces implants (dent n° 33) et observe qu'il ne reste plus qu'une partie de la racine de la dent n° 37. Il en déduit que cette dernière a fait l'objet d'une péri-implantite et d'une carie. S'agissant de la mâchoire supérieure, le dentiste-conseil met en relief que de 1998 à 2007, l'assurée a subi divers traitements de racine, la pose de prothèses et l'enlèvement d'un pont ainsi que de la dent n° 24. Il précise qu'une parodontite modérée est visible. Enfin, le spécialiste déclare que les radiographies des années 1986 à 1997 démontrent une dentition cariée et du tartre gingival sur diverses dents. Le dentiste-conseil ajoute que selon l'historique médical, la prothèse dentaire a dû être nettoyée à chaque contrôle et que du tartre ainsi que de la plaque dentaire étaient présents à chaque reprise. Il ajoute que ceux-ci conduisent à la parodontite et peuvent être évités par une bonne hygiène dentaire. Dans ses conclusions, le dentiste-conseil affirme que la maladie parodontale existait donc bien avant la chimiothérapie et il retient par conséquent que la cause de la maladie doit être expliquée par une hygiène buccale insuffisante (voir aussi PJ 5 et 16).

5.3 Dans son rapport du 25 mai 2016, le dentiste traitant explique qu'il a suivi l'assurée depuis 1998 et qu'elle effectuait régulièrement des contrôles ainsi que des nettoyages, ayant toujours accordé beaucoup d'importance à son hygiène dentaire. Il précise que l'état parodontal a pu être stabilisé au fil des années mais que celui-ci était déjà très réduit lors de la première consultation en janvier 1998. D'après lui, grâce à une prise en charge régulière, la situation ne s'est pas détériorée avec les années et a pu être conservée. Ce médecin ajoute que la dévitalisation d'une dent peut intervenir sans qu'il n'y ait de lien avec une carie ou un manque d'hygiène. Il souligne que l'extraction d'un implant n'a pas été réalisée en raison d'une péri-implantite mais du fait d'une surcharge de la prothèse. Il indique aussi que la dent n° 37 n'a pas été traitée, dès lors qu'une solution pour la mâchoire inférieure était discutée de longue date et qu'une reconstruction nécessitait de la place. Il explique également que la prothèse est nettoyée par ultrasons à chaque nettoyage des dents. Finalement, ce dentiste

déclare que l'état parodontal s'est rapidement et massivement détérioré après la chimiothérapie, ce qui a conduit à une modification de la prothèse de la mâchoire inférieure et à l'extraction des dents 31, 41 et 42, puis 43. Il conteste dès lors les conclusions du dentiste-conseil de l'intimée.

5.4 Ce dernier a réagi le 17 octobre 2016. Dans son écrit, il a confirmé le contenu de son rapport du 2 mai 2016 et ajouté qu'il ne ressort ni des radiographies, ni de l'historique médical, que la chimiothérapie a joué un rôle décisif dans la progression de la parodontite déjà présente en 1998. Le dentiste-conseil a au contraire affirmé qu'au regard de l'historique médical, il apparaît que l'hygiène buccale était plusieurs fois insuffisante, par exemple le 18 novembre 2011 (beaucoup de tartre), le 3 (recte: 30) novembre 2012 (beaucoup de plaque dentaire) et le 26 août 2013 (divers dépôts et tartre). D'après ce spécialiste, l'historique médical et les radiographies ne laissent pas non plus apparaître d'élément indiquant une parodontite progressive due à un événement extraordinaire.

5.5 Le 31 janvier 2017, le pharmacien-conseil de l'intimée s'est également prononcé. Dans son rapport, il souligne que l'assurée a subi un traitement oncologique à base d'Avastin depuis novembre 2013 et que ce médicament présente le risque de conduire à des ostéonécroses de la mâchoire chez les patients atteints de cancer et qui ont été traités avec des bisphosphonates. Le pharmacien-conseil rappelle toutefois que tel n'a pas été le cas de l'assurée. Le 30 mai 2017, ce dernier a encore énuméré les effets secondaires des médicaments pris par l'assurée durant la chimiothérapie, à savoir: des stomatites, des mucites, des affections musculo-squelettiques, des affections du tissu conjonctif, une sécheresse buccale, des troubles du tissu conjonctif et des os, ainsi qu'une ostéonécrose. Sur la base des informations du dentiste traitant, selon lesquelles l'état était stabilisé avant le traitement oncologique et qu'il s'est détérioré après sa mise en œuvre, le pharmacien-conseil conclut qu'il est possible qu'il puisse y avoir un lien de causalité avec ce traitement.

5.6 Dans un écrit du 5 avril 2017, l'oncologue ayant suivi l'assurée du 2 octobre 2013 jusqu'à son décès, soit un spécialiste FMH en oncologie, en hématologie et en médecine interne, a expliqué que la conjonction des médicaments administrés durant les cycles de chimiothérapie ont

potentiellement comme effets secondaires des gingivites et des stomatites, ce dans le sens d'une toxicité de la muqueuse. Cette toxicité a selon lui été accentuée par les problèmes digestifs liés aux opérations. L'oncologue ajoute que l'assurée présentait un affaiblissement généralisé (cachexie) et qu'une thérapie de morphine et de cortisone était nécessaire, ces substances ayant engendré un état de sécheresse buccale (xérostomie). Finalement, il souligne l'état initial très soigné de la dentition de l'assurée et la détérioration de celle-ci durant le processus maladif, en dépit d'un soin minutieux apporté continuellement à l'hygiène dentaire. L'oncologue conclut que selon ses constatations, il y a un lien entre le traitement oncologique et les dégâts à l'appareil de soutien.

5.7 Le dentiste traitant de l'assurée s'est encore prononcé le 10 avril 2017. Il a confirmé ses conclusions et ajouté que la stabilisation de l'état dentaire ressortait des radiographies des 16 janvier 1998, 19 janvier 2007, 8 mars 2007 et 3 octobre 2014. Il a expliqué que la chimiothérapie conduit dans la plupart des cas à une rapide réduction progressive du parodonte, souvent combinée à une prédisposition aux caries (due aux effets secondaires des médicaments), à une sécheresse buccale, à des inflammations (gingivites et stomatites) et à des aphtes notamment. Il a encore spécifié que la morphine a des effets massifs sur la cavité buccale.

5.8 Le dentiste-conseil de l'intimée a également maintenu ses conclusions, ce qu'il a fait savoir dans un rapport du 5 juin 2017, dans lequel il a ajouté que les déclarations du dentiste traitant, s'agissant du soin apporté par cette dernière à son hygiène dentaire, sont contredites par le dossier médical. Il rappelle que différents constats de plaque dentaire et de tartre y sont mentionnés. Il ajoute que d'après la note au dossier du 30 novembre 2012, le troisième quadrant était à peine nettoyé et mobile, ce qui prouve que la parodontite s'est aggravée avant le début de la chimiothérapie. Le dentiste-conseil déclare encore que cet historique ne permet pas de conclure que l'aggravation a suivi la chimiothérapie et qu'elle en est la cause, ni que l'assurée a souffert de stomatites liées aux médicaments. Quand bien même tel serait le cas, l'assurée n'aurait d'après lui pas été empêchée de réaliser des rinçages au Chlorhexidine, afin de prévenir la parodontite. Le dentiste-conseil a aussi écrit qu'il ne comprenait

pas sur quelle base l'oncologue pouvait attester de la bonne hygiène dentaire de l'assurée.

5.9 Le dentiste traitant a répondu le 7 juillet 2017, en précisant qu'un rinçage au Chlorhexidine a eu lieu avant chaque traitement et que de tels rinçages ne devraient avoir lieu que tous les 14 jours. Il a ajouté que la chimiothérapie entraîne une forte réduction de la salive, si bien que l'accumulation de plaque dentaire est fréquente. Enfin, il a indiqué qu'il est compréhensible que l'assurée n'a pas osé nettoyer une dent qui venait d'être traitée et qui était mobile, de sorte qu'il est logique que de la plaque dentaire y a été constatée.

5.10 Le dentiste-conseil de l'intimée a finalement pris position le 4 août 2017. Il a signalé que le Chlorhexidine n'agit que durant une courte durée (environ 12 heures) et que s'il présente effectivement des effets secondaires importants, la période de 14 jours évoquée par le dentiste traitant est dénuée de fondement scientifique. Il a ajouté que d'autres produits existent et qu'ils permettent de palier aux inconvénients de la sécheresse buccale (augmentation du risque de caries, inflammations des gencives, maladie parodontale). Le dentiste-conseil a enfin avancé que de tels rinçages auraient dû survenir quotidiennement et qu'un contrôle annuel est insuffisant pour une patiente atteinte d'un cancer.

6.

6.1 En l'occurrence, il n'est pas remis en cause par les spécialistes que la maladie parodontale était déjà présente en 1998, soit bien avant le début du premier cycle de chimiothérapie qui a commencé en été 2013 (voir c. 5.3). Ce constat s'impose particulièrement au vu des radiographies versées au dossier (notamment de celle du 16 janvier 1998). Seule l'évolution de la maladie ne fait pas l'objet d'un consensus. A ce propos, le dentiste traitant de l'assurée affirme que la situation parodontale était stable jusqu'au début de la chimiothérapie. Pour ce faire, il se fonde sur l'historique médical faisant effectivement état de contrôles des maladies parodontales en 2011 ainsi qu'en 2012 et ne signalant aucune évolution défavorable (voir c. 5.1). Néanmoins, il appert que lors de la consultation

du 30 novembre 2012, le dentiste traitant a constaté que le troisième quadrant dentaire bougeait. Selon le dentiste-conseil de l'intimée, cette circonstance constitue toutefois une péjoration non négligeable de la situation (voir c. 5.8). Ce fait tend déjà à démontrer que, si l'état parodontal a pu être stabilisé dans un premier temps, il est vraisemblable qu'il ne l'était plus en novembre 2012, avant le début de la chimiothérapie. De même, une comparaison des radiographies des 16 janvier 1998 et 8 mars 2007, avec celle du 3 octobre 2014, ne permet pas d'affirmer que la situation était stabilisée avant le début de la chimiothérapie (voir c. 5.7 ci-dessus), ni qu'une détérioration de la situation parodontale est intervenue en raison de celle-ci, comme l'a avancé le dentiste traitant de l'assurée (en parlant d'une "aggravation massive", voir c. 5.3). Aussi, s'il est vrai que l'extraction de quatre dents (n° 31 et 41 à 43) à quelques mois d'intervalle (voir art. 5 in fine de la réplique), peut laisser penser à un signe d'aggravation subite, cette conclusion est fortement relativisée par le nombre important de dents déjà absentes en 1998 et par les nombreuses interventions qui ont été réalisées sur la dentition de l'assurée jusqu'à cette date (notamment des traitements de racine et de dents cariées; voir les radiographies du 27 août 1986 au 15 mars 1997). En outre, les extractions en cause sont intervenues en octobre 2014 et en janvier 2015, soit environ une année après le début de la chimiothérapie (fin de l'été 2013 selon la recourante, novembre 2013 selon le pharmacien-conseil de l'intimée, voir c. 5.5). Or, aucun rapport au dossier ne permet d'établir que l'assurée a subi des effets indésirables tels que ceux qui sont liés aux médicaments prescrits au cours de sa chimiothérapie (voir rapport du pharmacien-conseil de l'intimée du 31 janvier 2017, PJ 24 s. de l'intimée). Comme le relève le dentiste-conseil de l'intimée, aucune stomatite n'est en effet documentée (PJ 26 de l'intimée). Aucun lien concret entre les médicaments administrés et la maladie parodontale n'est aussi établi. Au regard des avis des conseils de l'intimée, on ne saurait non plus retenir que la parodontite constitue un effet connu et généralement admis, comme l'allègue la recourante (voir art. 2 § 3 du recours). Premièrement, le pharmacien-conseil avance, en se fondant sur les informations de Swissmedic, que dans la majorité des cas d'ostéonécrose de la mâchoire liés à la prise d'Avastin, un traitement par bisphosphonates avait été suivi antérieurement ou de manière concomitante, ce qui n'était pas le cas de l'assurée. Ensuite, il n'a décrit un

tel effet que comme une simple possibilité et ce en se fondant sur la prémisse du dentiste traitant, selon laquelle l'état parodontal s'est aggravé du fait de la chimiothérapie. De son côté, en parlant des médicaments pris par l'assurée, l'oncologue n'a parlé que d'effets secondaires potentiels pouvant favoriser la parodontite (voir c. 5.5 s.). De surcroît, le dentiste-conseil de l'intimée a soulevé de façon probante que l'augmentation des bactéries (et avec elles, du risque de caries et d'inflammations de la gencive ainsi que du parodonte), générée par la xérostomie, pouvait être évitée par le biais de bains de bouche (voir aussi: TF 9C_956/2011 du 27 août 2012 c. 4.2). Compte tenu de la durée de l'efficacité de ceux-ci, un rinçage effectué lors des consultations ne saurait suffire. C'est également de manière pertinente que ce spécialiste a relevé que de la plaque dentaire et du tartre ont été constatés lors de la plupart des contrôles (parfois même en grande quantité, voir c. 5.1) et que le dossier radiologique démontre que de nombreuses dents ont été dévitalisées. A cet égard, on notera que bien que le dentiste traitant a indiqué qu'une dévitalisation pouvait intervenir sans lien avec une atteinte liée à l'hygiène dentaire (voir c. 5.3), il n'a pas pour autant argumenter que tel avait été fréquemment le cas, s'agissant de l'assurée. Quoi qu'il en soit, sans tenir compte des nettoyages de la prothèse réalisés lors des consultations ainsi que des motifs qui ont conduit à l'extraction de la dent n° 37 (éléments sur lesquels les spécialistes ne s'accordent pas), il n'en demeure pas moins, comme évoqué, que des traitements apparaissent sur plusieurs dents et sur les sept radiographies datées du 27 août 1986 au 15 mars 1997 et qu'il en va de même pour les six dents frontales de la mâchoire supérieure de l'assurée, selon la radiographie du 8 mars 2007. En outre, il faut rappeler qu'en raison d'une dent instable et provoquant des douleurs, l'assurée n'a plus procédé à un brossage suffisant d'une partie de sa dentition (voir c. 5.1), de sorte qu'il en est résulté une diminution de l'hygiène dentaire. Finalement, il convient de prendre en compte les explications du dentiste-conseil de l'intimée, d'après qui l'assurée aurait dû être contrôlée davantage qu'à raison d'une consultation par an. Dans le cas présent, même si la recourante relève que l'assurée s'est rendue 13 fois chez le dentiste entre mai 2013 et février 2015 (p. 5 § 5 de la réplique et p. 1 § 2 de l'écrit de la recourante du 11 juillet 2017), il n'en demeure pas moins que, durant cette période, la maladie était déjà présente depuis plusieurs années et que de nombreuses

consultations sont intervenues précisément en raison de cette pathologie. Partant, au regard de tout ce qui précède, on ne peut souscrire à l'avis de la recourante et du dentiste traitant, en tant que ceux-ci affirment que l'hygiène dentaire de l'assurée était irréprochable. Il en va de même du point de vue de l'oncologue de l'assurée, celui-ci n'ayant du reste suivi cette dernière que depuis octobre 2013. Force est au contraire de reconnaître que la preuve d'une hygiène accrue, telle qu'exigée par la jurisprudence, s'agissant des personnes atteintes d'un cancer (voir c. 4.2 in fine), n'est en tous les cas pas rapportée. Dans ces circonstances, il apparaît dès lors que les cycles de chimiothérapie subis par l'assurée ne s'imposent pas, à un degré de vraisemblance prépondérante, comme étant la cause de la maladie parodontale ou de son aggravation. Les pièces du dossier tendent en effet à démontrer que cette maladie, déjà préexistante, s'est aggravée en raison d'une hygiène dentaire insuffisante au regard des exigences du TF. Il y a donc lieu d'admettre que la parodontite était évitable, de sorte que les traitements qui s'y sont rapportés ne peuvent être pris en charge au titre de la LAMal.

6.2 En raison de ce résultat, la même conclusion s'impose, s'agissant des frais de transport engagés par l'assurée afin de se rendre auprès de son dentiste pour la pose d'un implant (intervention réalisée après l'extraction des dents n° 31 et 41 à 43, afin que l'assurée puisse s'alimenter). En effet, la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins d'une partie des frais de transport médicalement nécessaires (au sens des art. 25 al. 2 let. g LAMal et 26 al. 1 OPAS), ne vise que les transports ayant pour objectif de mettre en œuvre une prestation obligatoire légale (G. EUGSTER, *Krankenversicherung*, in: ULRICH MEYER [édit.], *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht* [SBVR], Band XIV, *Soziale Sicherheit*, 2016, p. 548, n. 465 et les références citées). La recourante a certes indiqué que ce transport était nécessaire en raison de l'état de faiblesse extrême de l'assurée (ch. 5 § 6 de la réplique). Cependant, rien ne permet d'admettre que cette dernière n'était pas même en mesure d'utiliser les transports publics, aucune attestation médicale en ce sens ne figurant au dossier. Or, dans ces conditions, la prise en charge est exclue (ATF 130 V 424 c. 3.2 s., 124 V 338 c. 2c; FRÉSARD-FELLAY/KAHIL-WOLFF/PERRENOUD, op. cit., p. 139 et les références citées).

7.

Les pièces du dossier permettant de démontrer à suffisance que la décision sur opposition attaquée est bien fondée, aucune autre mesure d'instruction n'est justifiée. Par conséquent, la demande formulée par la recourante visant, à titre subsidiaire, la mise en œuvre d'une expertise dentaire indépendante, doit être rejetée.

8.

Au vu de tout ce qui précède, le recours s'avère mal fondé et doit être rejeté. Il n'est pas perçu de frais de procédure, celle-ci étant gratuite, ni alloué de dépens (ce également sous la forme d'une indemnité de partie) à la recourante qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. a et g LPGA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.
3. Le présent jugement est notifié (R):
 - à la recourante,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique.

Le juge:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).