

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juin 2010

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

A.H._____, à Clarens, recourante,

et

Y._____, à Lausanne, intimée.

Art. 31 al. 1, 33 al. 1 et 2 LAMal, 33 let. d OAMal, 17 OPAS

E n f a i t :

A. A.H._____, née le [...], est assurée pour l'assurance obligatoire des soins auprès d'Y._____. (ci-après : Y._____) depuis le 1^{er} janvier 2008. En juillet 2009, elle a transmis à son assureur-maladie deux factures de 380 fr. 75 et 302 fr. 40 relatives à deux consultations des 13 et 26 mars 2009 et à plusieurs radiographies effectuées par le Dr K._____, chirurgie maxillo-faciale FMH, ainsi que deux factures de 75 fr. 60 et 90 fr. du Centre M._____ (ci-après : M._____) pour une consultation du 24 avril 2009 et une opération du 19 mai 2009 respectivement.

Dans un rapport daté du 26 juin 2009, le Dr K._____ a diagnostiqué un « foyer kystique de la dent 16 avec fistule vestibulaire et migraines à droite ». Il a considéré qu'il ne s'agissait pas d'une atteinte au sens 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) et a préconisé l'extraction de la dent 16 par le médecin-dentiste de la patiente, en l'occurrence par le Dr B._____. L'extraction a été pratiquée le 19 mai 2009 au M._____ par le Dr V._____, chef de clinique, lequel a indiqué ce qui suit dans son protocole opératoire :

« Indication, diagnostic :

Abcès chronique en regard de la dent 16 avec fistule vestibulaire. Compte tenu de la perte d'os importante, on pose l'indication à l'extraction de cette dent.

Type d'opération :

Extraction de la dent 16.

Description de l'opération :

Anesthésie locale vestibulaire et palatine. Syndesmotomie. Mobilisation de la dent. Section en plusieurs morceaux. Avulsion in toto. Curetage abondant. Une odeur importante de type anaérobie se dégage des alvéoles. Rinçage. Hémostase par compression.

Soins postop ou remarques :

Antibiothérapie pendant 5 jours
Antalgie
Contrôle à 10 jours
Pose d'un implant à 2 mois ».

La note d'honoraires du 27 juin 2009 concernant cette intervention comportait notamment les indications suivantes :

Date	Tarif	Code	Code réf.	Séance	Côté	Obl.	Usage	Interne	E	R	Quantité	Pts méd.	Pts Tech.	Val. point	Montant
DEMANDEUR : DR ORL - CHIR. MAXILLO-FAC DENTAIRE - PATIENT - 090519009403 19/05/2009 ORMF															
19/05/2009	322	4065		1	O		ORMF	63551	2	1	1.00	11.00	0.00	3.80	39.80
19/05/2009	322	4201		1	O		ORMF	63551	2	1	1.00	14.00	0.00	3.80	50.40

Par lettre du 28 août 2009 adressée au Dr K._____, avec copie à l'assurée et au Dr B._____, Y._____ a indiqué que les conditions légales pour une prise en charge du traitement dentaire au sens des art. 17 à 19a OPAS n'étaient pas remplies et qu'elle ne pouvait par conséquent pas en rembourser les coûts.

Le père de l'assurée, B.H._____, a contesté cette prise de position le 3 septembre 2009, en faisant valoir que le traitement dentaire de sa fille concernait un foyer kystique sans rapport avec les soins dentaires, que le chirurgien dentiste du M._____ avait arraché une dent saine pour cureter le kyste et racler l'os et que celui-ci avait fait état d'une ostéomyélite. Il en a conclu qu'il s'agissait d'un « problème de maladie engendrant une séquelle d'ostéomyélite ».

Y._____ a soumis le cas à son médecin-dentiste conseil, le Dr N._____, qui a évalué le cas en ces termes le 7 octobre 2009 :

« Après examen des documents en ma possession, il en résulte que les interventions et examens diagnostiques sont des traitements dentaires qui ne remplissent pas les critères de prise en charge par la LAMal. A noter que la dent n'était pas saine au moment de l'extraction. Atteinte parodontale, foyer apical et obturation volumineuse (...) ».

Par lettre du 20 octobre 2009, Y._____ a confirmé son refus de remboursement des frais en se fondant sur les arguments de son médecin-conseil et en précisant que pour une prise en charge au sens de l'art. 17 let. c ch. 4 OPAS, un kyste devait être sans rapport avec un élément dentaire, ce qui n'était pas le cas pour la dent 16 en question.

Le 23 octobre 2009, le père de l'assurée a fait recours contre le courrier du 20 octobre 2009 d'Y._____, le considérant comme décision formelle, et a ajouté ce qui suit :

« Au M._____, on a demandé l'accord de ma fille que pour avoir accès au kyste, il y avait deux solutions

1) Traitement médical Antibiotique etc..

1) Enlever cette dent 16, cureter le foyer osseux et prévoir une greffe osseuse car si une greffe osseuse est décidée, c'est qu'il s'agit dans le diagnostic du M._____ d'une séquelle du kyste, l'ostéomyélite osseuse de la dent 16 ».

En reprenant les arguments susmentionnés, Y._____ a maintenu son refus de prise en charge par décision du 11 novembre 2009 et le père de A.H._____ s'y est opposé par courrier du 20 novembre 2009.

Dans un avis médical du 7 février 2010, le médecin-dentiste conseil dentiste d'Y._____ a confirmé son opinion en ces termes :

« (...) Il ne s'agit pas d'un cas d'ostéomyélite et le rapport avec un élément dentaire paraît certain et indéniable.

L'article 17 c 4 concerne les kystes sans relation avec des dents, les seules exceptions concernent les kystes très étendus qui dépassent de manière importante la partie alvéolaire de l'os maxillaire.

A savoir que aussi bien le maxillaire supérieur que inférieur sont composés d'une partie osseuse nommée processus alvéolaire dans laquelle les dents sont logées.

L'image radiologique de la dent 16 ne montre pas une image kystique mais plutôt une image d'un foyer infectieux osseux limité aux zones des racines de la dent 16 et donc d'origine dentaire, endodontique et/ou parodontale.

Pour ces raisons je confirme mes précédents avis.

En réponse aux questions de Mme Viola, les explications ci-dessus répondent à la première. Pour la deuxième, ce cas ne correspond pas à une ostéomyélite et la dent n'était pas saine mais présentait les signes d'une nécrose pulpaire sous jacente à une obturation volumineuse. La présence d'une fistule, évacuation purulente par voie muco-gingivale et l'image radiologique expliquent certainement pourquoi ni le Dr K._____ ni le Dr V._____ n'évoquent la perte de la vitalité et la nécrose de cette dent tellement elle a dû leur paraître évidente.

(...)

Pour la troisième question, effectivement aucune complication n'a été signalée par le Dr V._____, ni figure sur les factures ».

Par décision sur opposition du 17 février 2010, Y._____ a une nouvelle fois maintenu son refus de prestations au motif que l'intéressée n'avait subi qu'une simple extraction de dent à titre curatif d'un foyer infectieux. En effet, l'atteinte parodontale à foyer apical correspondait à une infection chronique et latente au niveau de la racine de la dent et il ne s'agissait pas d'un cas d'ostéomyélite : en effet, l'os n'avait pas été infecté par un germe, mais détruit par l'infection de la dent à l'origine du kyste apical. De plus, la position tarifaire no 4201 appliquée par le M._____ dans sa facture du 27 juin 2009 ne concernait qu'une « extraction, dent à plusieurs racines » et une intervention sur l'os maxillaire aurait montré la prise en compte d'une autre position tarifaire. Enfin, les rapports du Dr K._____ et du M._____ étaient suffisants pour trancher le litige et il n'y avait aucune raison de s'écarter des conclusions du Dr N._____, dans la mesure où celui-ci avait examiné le dossier dans son intégralité, radiographies comprises.

Le 23 février 2009, B.H._____ a écrit à Y._____ en soutenant que les médecins avaient diagnostiqué une ostéomyélite. A l'appui de son argumentation, il a joint une lettre du 26 mai 2009 du Dr V._____ dont la teneur était notamment la suivante :

« (...) La patiente est venue à ma consultation une première fois pour un deuxième avis le 24.04.2009. La patiente présentait un abcès chronique avec une ostéomyélite maxillaire sur la dent 16. Compte tenu de l'imagerie qui confirme le status clinique, l'indication à l'extraction avec un curetage osseux a été posée. L'intervention s'est déroulée le 19.05.2009 (cf. protocole ci-joint) (...) ».

Au regard de la nouvelle pièce apportée par l'assurée, Y._____ a procédé à une instruction complémentaire. Le 9 mars 2010, le Dr V._____ a exposé ce qui suit :

« A la demande de la caisse maladie, je vous fais parvenir les informations suivantes concernant votre prise en charge.

Le 24 avril 2009, vous avez consulté en Chirurgie maxillo-faciale pour un deuxième avis concernant une infection chronique sur la

dent 16. Il s'agit d'une infection d'origine dentaire s'étendant au niveau des racines avec une atteinte de l'os. Dans ce contexte, à mon avis, les soins conservateurs sur cette dent ne sont plus possibles et le seul traitement raisonnable consiste en l'extraction de la dent. Il s'agit donc, à mon avis, d'une atteinte locale, dentaire et même si l'on peut parler d'ostéite ou d'ostéomyélite localisée, il ne s'agit en aucune manière d'une ostéomyélite maxillaire qui rentrerait sous l'article 17.c.3 alinéa 5 de la LAMal. Je suis donc malheureusement parfaitement du même avis que le médecin-dentiste conseil de la caisse-maladie (...) ».

Sur la base de ce rapport complémentaire, Y._____ a informé l'assurée, le 9 mars 2010, qu'elle maintenait sa décision sur opposition du 17 février 2010.

B. C'est contre dernière décision que A.H._____ a recouru par acte du 24 février 2010 (posté le 15 mars 2010), en concluant implicitement à la prise en charge du traitement relatif à sa dent 16. Elle a expliqué qu'en raison de forts maux de tête et hémifaciaux droites, son médecin traitant lui avait conseillé de consulter son médecin-dentiste, lequel l'avait dirigée chez le Dr K._____. Ce dernier lui avait annoncé qu'il faudrait sacrifier sa dent, dont l'extraction avait finalement été effectuée par le Dr V._____, suite au second avis médical obtenu sur le conseil de son père. Le Dr V._____ lui avait dit qu'il allait arracher la dent « pour avoir un abord sur l'anomalie », qu'il avait trouvé une région nécrosée avec ostéite et atteinte de l'os et qu'il avait diagnostiqué une ostéomyélite. Etant donné que l'assureur-maladie avait refusé de prendre en charge le traitement, elle avait renoncé à la pose d'un implant préconisée par le Dr V._____ et estimait qu'il lui serait « difficile de progetter à une demi-pivot pour remplacer la dent arrachée, vu qu'il a[vait] été diagnostiqué une insuffisance osseuse suite au curetage abondant lords de l'intervention du Dr V._____ du 19.05.2009 ».

Dans sa réponse du 7 avril 2010, Y._____ a renvoyé intégralement aux considérants de la décision litigieuse. Pour le surplus, elle a relevé que tant le Dr K._____ que le Dr V._____ étaient arrivés à la conclusion qu'il fallait arracher la dent 16 et que ce dernier avait attesté que l'atteinte était locale, soit dentaire, et qu'il ne s'agissait pas d'une ostéomyélite maxillaire au sens de l'art. 17 let. c ch. 5 OPAS.

Un second échange d'écritures n'a pas apporté de nouvel élément.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable à la forme.

La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36] applicable par renvoi de l'art. 83c al. 2 LOJV [loi vaudoise du 12 décembre 1979 sur l'organisation judiciaire; RSV 173.01]).

2. Est seul litigieux le point de savoir si l'affection ayant occasionné les soins dentaires prodigués peut être qualifiée de maladie à charge de l'assurance Y._____.

3. a) Aux termes de l'art. 31 al. 1 LAMal (loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10), 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. A l'art. 33 let. d OAMal, le Conseil fédéral, comme le permet l'art. 33 al. 5 LAMal, a

délégué à son tour cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Le DFI a fait usage de cette sous-délégation aux art. 17 à 19a OPA5.

L'art. 17 OPAS (édicte en exécution de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal) contient 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. L'art. 19 OPAS (édicte en exécution de l'art. 31 al. 1 let. c LAMal) prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis. Quant à l'art. 19a OPAS (en vigueur depuis le 1^{er} janvier 1997), il concerne les traitements dentaires occasionnés par les 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 est exhaustive (ATF 130 V 464 consid. 2.3 et les références).

b) Sous le titre « Maladies du système de la mastication », l'art. 17 OPAS a la teneur suivante :

A 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 suivantes du système de la mastication (art. 31, al. 1, let. a, LAMal) :

- a. maladies dentaires :
 - 1. granulome dentaire interne idiopathique,
 - 2. dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, pouvant être qualifiées de maladie (par exemple : abcès, kyste);

- b. maladies de l'appareil de soutien de la dent (parodontopathies) :

1. parodontite pré pubertaire,
 2. parodontite juvénile progressive,
 3. effets secondaires irréversibles de médicaments;
- c. maladies de l'os maxillaire et des tissus mous :
1. tumeurs bénignes des maxillaires et muqueuses et modifications pseudotumorales,
 2. tumeurs malignes de la face, des maxillaires et du cou,
 3. ostéopathies des maxillaires,
 4. kystes (sans rapport avec un élément dentaire),
 5. ostéomyélite des maxillaires;
- d. maladies de l'articulation temporo-mandibulaire et de l'appareil de locomotion :
1. arthrose de l'articulation temporo-mandibulaire,
 2. ankylose,
 3. luxation du condyle et du disque articulaire;
- e. maladies du sinus maxillaire :
1. dent ou fragment dentaire logés dans le sinus,
 2. fistule bucco-sinusale;
- f. dysgnathies qui provoquent des affections pouvant être qualifiées de maladie, tels que :
1. syndrome de l'apnée du sommeil,
 2. troubles graves de la déglutition,
 3. asymétries graves cranio-faciales.

c) Le Tribunal fédéral a mandaté un collège d'experts aux fins de procéder à une expertise de principe s'agissant des maladies avec effet sur le système de la mastication. Sur la base des conclusions des experts, le Tribunal fédéral a été amené à considérer, de manière générale, que dans la mesure où elle suppose l'existence d'une atteinte qualifiée à la santé, la notion de maladie au sens de l'art. 17 (phrase introductive) est plus restrictive que la notion de maladie, valable généralement dans l'assurance-maladie sociale (art. 2 al. 1 LAMal). En d'autres termes, le degré de gravité de la maladie est une des conditions de la prise en charge par l'assurance-maladie des traitements dentaires; les maladies qui ne présentent pas ce degré de gravité n'entrent pas dans les prévisions de l'art. 31 al. 1 LAMal (TFA K_73/98 du 19 septembre 2001, consid. 5a, K_10/99 du 11 décembre 2001, consid. 4c/d).

4. La recourante soutient qu'il convient de se référer à ce que le Dr V. _____ lui a dit, soit « qu'il a trouvé une région nécrosée avec

ostéïte et atteinte de l'os et a même diagnostiqué une ostéomyélite » et « qu'il a été diagnostiqué une insuffisance osseuse suite au curetage abondant lors de l'intervention ». Pour sa part, Y._____ fait valoir qu'il ne s'agit pas d'un cas d'ostéomyélite car « ce n'est pas un germe qui a infecté l'os. Au contraire, c'est l'infection de la dent qui est à l'origine du kyste apical, lequel a conduit à la destruction de l'os ».

En l'espèce, le Dr V._____ a indiqué, dans son protocole opératoire et dans son rapport du 26 mai 2009, que l'assurée présentait un abcès chronique, une perte d'os importante et une ostéomyélite maxillaire sur la dent 16; outre l'extraction de la dent avec ses racines, l'opération a nécessité un curetage abondant, une odeur importante s'étant dégagée des alvéoles. Le 9 mars 2010, le spécialiste a affiné son diagnostic en déclarant qu'il s'agissait d'une infection dentaire s'étendant au niveau des racines avec une atteinte de l'os et que même si l'on pouvait parler d'ostéïte ou d'ostéomyélite localisée, il ne s'agissait pas d'une ostéomyélite maxillaire au sens de l'art. 17 let. c ch. 5 OPAS.

Pour sa part, le Dr N._____ a constaté que l'image radiologique de la dent 16 ne montrait pas une image kystique mais plutôt une image d'un foyer infectieux osseux limité aux zones des racines de la dent (foyer apical), soit d'origine dentaire; le cas ne correspondait donc pas à une ostéomyélite. En outre, la dent n'était pas saine mais présentait les signes d'une nécrose pulpaire sous jacente à une obturation volumineuse.

Les deux médecins-dentistes s'accordent à dire que la dent 16 de A.H._____ était infectée au niveau apical, soit au niveau des racines, l'un désignant l'infection sous forme d'abcès chronique (Dr V._____), et l'autre comme foyer infectieux (Dr N._____). L'infection a nécessité un curetage abondant lors de l'opération du 19 mai 2009 et a dégagé une forte odeur au niveau des alvéoles. Le Dr N._____ parle de façon convaincante d'une nécrose de la dent tellement évidente que ni le Dr K._____ ni le Dr V._____ ne l'ont évoquée. Après avoir soutenu, au cours de la procédure administrative, que sa dent était saine et que

l'infection était sans rapport avec un élément dentaire, la recourante ne conteste plus cet état de fait.

Les avis des médecins-dentistes concordent également en ce que la recourante ne présente pas d'ostéomyélite des maxillaires en tant que telle. Même si le Dr V. _____ parle d'une atteinte à l'os localisée, soit d'une atteinte au processus alvéolaire fonctionnant comme contenant des dents, cela ne signifie pas pour autant que l'intéressée souffre d'une maladie du système de la mastication au sens de l'art. 17 OPAS. En effet, il ressort des diverses pièces du dossier que l'opération n'a consisté qu'en l'extraction de la dent 16 et en un curetage abondant relatif à l'infection à évacuer; en outre, hormis la prescription d'antalgiques et d'antibiotiques, ladite extraction n'a pas été suivie d'un autre traitement concernant une inflammation ou une infection de l'os maxillaire et aucune complication n'a été signalée par le Dr V. _____. La recourante soutient qu'il lui « sera difficile de progetter à une dent-pivot pour remplacer la dent arrachée vu qu'il a été diagnostiqué une insuffisance osseuse suite au curetage abondant ». Or, le Dr V. _____ a d'emblée préconisé, dans son protocole opératoire, la pose d'un implant deux mois après l'intervention, ce qui laisse entendre la présence d'un processus alvéolaire, certes détruit localement en raison de l'infection, mais sain et apte à soutenir un implant dentaire. Dans leurs rapports, les médecins-dentistes n'ont par ailleurs jamais envisagé une greffe osseuse en vue de la pose d'un implant.

Vu ce qui précède, force est d'admettre que le degré de gravité de l'atteinte présentée par A.H. _____ n'est pas suffisant pour entrer dans les prévisions de l'art. 31 al. 1 LAMal, ceci en application de la jurisprudence fédérale (après consultation de plusieurs experts) selon laquelle la notion de maladie au sens de l'art. 17 OPAS est plus restrictive que la notion de maladie valable dans l'assurance-maladie sociale (cf. supra, consid. 3c). En d'autres termes, la recourante ne remplit pas les conditions de maladie de l'os maxillaire, sous forme d'ostéomyélite maxillaire, de l'art. 17 let. c ch. 5 OPAS. Elle ne saurait donc prétendre au remboursement des frais médicaux concernés.

5. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

6. La procédure devant la Cour des assurances sociales en matière d'assurance-maladie étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAMal). Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la juge unique
prononce :**

I. Le recours est rejeté.

II. La décision rendue le 17 février 2010 par Y._____ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- A.H._____
- Y._____
- Office fédéral de la santé publique (OFSP)

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 :