

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 juin 2011

Présidence de Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique
Greffier : M. d'Eggis

Cause pendante entre :

R. _____, à Vevey, recourante, représentée par Me Joël Crettaz, avocat à
Lausanne,

et

KPT/CPT CAISSE-MALADIE SA, à Berne, intimée,

Art. 25 al. 1, 27, 31 al. 1, 33 al. 2 et 5 LAMal; 19a OPAS

E n f a i t :

A. R._____, née le 22 janvier 1985, est assurée auprès de KPT/CPT Caisse-maladie SA pour l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et pour une couverture complémentaire notamment pour les soins dentaires, selon la LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance; RS 221.229.1), qui couvre les 50% du montant de la facture du dentiste, mais au maximum 300 fr. par année civile.

Entre le 17 décembre 1993 et le 31 janvier 2005, l'assurée a bénéficié de traitements dentaires pris en charge par l'assurance-invalidité (AI) pour éliminer une anodontie congénitale partielle.

Le 17 avril 1995, l'assurée, âgée alors de 10 ans, a eu un accident à domicile, qui a eu pour conséquence une fracture de la dent 11. Sa caisse-maladie a pris en charge les soins nécessaires.

B. Le 22 mai 2009, KPT/CPT Caisse-maladie SA a reçu une estimation d'honoraires établie le 11 mai 2009 par le Dr N._____, du cabinet dentaire X._____ SA, concernant notamment une greffe gingivale sur la dent 21, la pose de facettes Veneer sur la dentition antérieure supérieure, ainsi que le traitement de la dent 11. Le coût total pour les soins prévus s'élevait à 10'164 fr. 60. La requête de prise en charge était accompagnée de photos et radiographies des dents de la recourante, ainsi que de quelques lettres de l'AI attestant que, jusqu'en 2005, les traitements dentaires en relation avec l'infirmité congénitale n. 206 avaient été assumés par cet assureur social.

La requête de l'assurée a été présentée au Dr L._____, médecin dentiste diplômé SSO en médecine dentaire reconstructive et dentiste-conseil de KPT/CPT Caisse-maladie SA, à Fribourg, qui a répondu le 23 juin 2009. Malgré les documents joints par cette caisse-maladie, ce spécialiste n'a pas pu se prononcer sur le bien fondé de l'estimation d'honoraires et a sollicité les modèles et la radiographie panoramique. Par retour de courrier du 16 juillet 2009, le Dr N._____ a signalé n'avoir

aucun modèle de la dentition de l'assurée et envoyé la radiographie panoramique. Le 12 août 2009, le cas a été évalué une deuxième fois par le Dr L._____, lequel a conclu à l'absence de relation entre le traitement envisagé et l'infirmité congénitale n. 206.

Le 18 août 2009, un projet de refus a été adressé au Dr N._____ et à l'assurée.

Par courriel électronique du 25 août 2009, le Dr N._____ a indiqué au service dentaire de KPT/CPT Caisse-maladie SA ne pas comprendre le refus du Dr L._____ et demandé une motivation plus précise, en confirmant que la dent 11, visiblement traumatisée, devait être l'objet d'un traitement à la charge de l'assurance de base LAMal.

Par lettre du 28 août 2009, l'assurée a fait opposition et a demandé à l'assureur de reconsidérer son cas.

Le 11 septembre 2009, le Dr L._____ a constaté qu'aucun nouvel élément n'avait été apporté par l'assurée et précisé que le traitement envisagé avec la pose de facettes Veneer sur la dentition antérieure supérieure ne constituait qu'une correction de nature esthétique, sans relation avec l'infirmité congénitale n. 206 dont avait été atteinte la patiente par le passé. Sur cette même formule du 11 février 2009, le Dr K._____, médecin dentiste diplômé SSO en médecine dentaire reconstructive et dentiste-conseil de la caisse, a confirmé que le traitement de l'assurée par la pose de facettes Veneer constituait une correction esthétique qui n'était pas en relation avec le traitement de l'infirmité congénitale caractérisé par la correction de l'anodontie congénitale avec la restauration de la fonction masticatrice en complétant la dentition absente.

Par lettre du 23 septembre 2009, KPT/CPT Caisse-maladie SA a annoncé qu'elle refusait de prendre en charge le traitement.

Par décision du 11 novembre 2009, KPT/CPT Caisse-maladie SA a refusé d'octroyer ses prestations.

Dans un rapport établi le 20 décembre 2009 pour sa patiente, le Dr N._____ a exposé notamment ce qui suit :

"Problèmes actuels :

Récidive de carie mésialement de 53, infiltrations et colorations marginales des restaurations en composite sur les dents 13, 11, 21 et 22, un retrait gingival marqué en vestibulaire de la dent 21. A noter également, une teinte beaucoup plus foncée (dyschromie) de la dent dévitalisée No 11.

Approche thérapeutique proposée :

La présence des restaurations (fermeture des espaces résiduels), la perte de vitalité de la dent 11 (éventuellement un effet secondaire du traitement restaurateur) ainsi que le retrait gingival (lié à une malposition de cette dent) sont sans équivoque des conséquences directes des traitements dentaires rendus nécessaires par l'infirmité congénitale décrite ci-dessus. Les problèmes d'infiltration marginale sur plusieurs dents ne peuvent être ignorés ou leur traitement reporté indéfiniment, même si le degré d'urgence n'est pas extrême. Compte tenu de l'étendue des restaurations directes réalisées avant l'âge de 20 ans, un traitement plus définitif implique logiquement une approche indirecte par facettes, cette technique étant de loin la plus conservatrice dans un tel contexte. Le retrait gingival nécessite une stabilisation chirurgicale. Les restaurations prothétiques sont en revanche sans problèmes particulier à ce jour et doivent être contrôlées régulièrement.

Conclusion :

Compte tenu de la longévité malheureusement limitée de toute restauration dentaire directe ou indirecte, leur maintien et remplacement progressif est inévitable. Dans le cas présent, leur indication étant directement liée à une infirmité congénitale selon la liste des soins à la charge des assurances sociales selon l'art. 31 LAMal, leur maintien ou remplacement devrait être pris en charge par l'assurance maladie de base de la patiente."

Ce rapport médical a été soumis à l'appréciation du Dr K._____, dentiste-conseil de KPT/CPT Caisse-maladie SA, qui a répondu

le 11 février 2010 que le traitement envisagé vise quasi-exclusivement une correction esthétique des dents frontales du maxillaire supérieur. Ce dentiste-conseil a souligné que la pose de facettes céramiques, dont le but est d'améliorer sensiblement la cosmétique tout en uniformisant la coloration des dents, ne peut pas être considéré comme un traitement nécessaire pour corriger une infirmité congénitale et ne sert pas à rétablir la capacité masticatrice de la recourante. De même, le dentiste-conseil a relevé que le retrait gingival au niveau de la dent 21 ne peut pas être mis en relation avec l'ancienne infirmité congénitale et trouve son explication dans d'autres facteurs. La chirurgie parodontale au niveau de la dent 21 ne constitue dès lors pas non plus une prestation qui doit automatiquement aller à charge de l'intimée prétextant la présence anciennement d'une anodontie congénitale partielle.

C. Par décision sur opposition du 16 mars 2010, KPT/CPT Caisse-maladie SA a accepté de participer à l'assainissement de la dent 11 abîmée par l'accident de 1995 à concurrence de 655 fr. 65, selon l'estimation du dentiste traitant. En revanche, la caisse-maladie a refusé les prestations de l'assurance obligatoire des soins pour le traitement dentaire visant l'assainissement esthétique de la dentition supérieure de la recourante, qui n'était pas la suite de l'ancienne infirmité congénitale dont avait souffert par le passé l'assurée et qui avait déjà été prise en charge par l'Al. Le coût résiduel des traitements non couverts s'élevait donc à 9'508 francs 95.

Par mémoire du 16 avril 2010, R. _____ recourt contre cette décision sur opposition. Elle requiert la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire confiée à un expert neutre chargé de déterminer le lien de causalité possible entre le traitement projeté et son infirmité congénitale. Elle conclut principalement à la réforme de la décision sur opposition en ce sens que KPT/CPT Caisse-maladie SA doit prendre en charge l'intégralité des frais du traitement selon l'estimation d'honoraires établie le 11 mai 2009 par le Dr N. _____ et, subsidiairement, à l'annulation de la décision entreprise et au renvoi du dossier à KPT/CPT Caisse-maladie SA pour

complément d'instruction en la forme d'une expertise au sens de l'art. 44 LPGA.

Dans sa réponse, l'intimée a pris les conclusions suivantes :

«1. Le recours de droit administratif, formulé en date du 16 avril 2010 par R. _____ contre la décision sur opposition rendue par la KPT Caisse-maladie SA le 16 mars 2010, est partiellement admise.

2. Dans ce sens, la KPT Caisse-maladie SA accepte sa participation de l'assurance obligatoire des soins pour l'assainissement de la dent 11 envisagé par R. _____ auprès du Dr N. _____, et dont les coûts sont estimés à CHF 655.65.

3. De même, l'intimée se déclare d'accord de reconnaître un traitement définitif pour la dent de lait 53, dont les coûts restent à définir dans le respect de l'art. 32 LAMal, qui consiste dans son extraction et son remplacement par un pont grâce à une extension de couronne sur la dent 12.

4. Pour le restant, la KPT Caisse-maladie SA n'est pas tenue de verser des prestations de l'assurance obligatoire des soins pour le traitement dentaire visant un important assainissement esthétique de la dentition de la recourante, prétendument suite d'une ancienne infirmité congénitale qui avait déjà été prise en charge par l'AI, et dont les coûts sont l'objet de l'estimation d'honoraires du 11 mai 2009. (...)»

Au surplus, KPT/CPT Caisse-maladie SA propose de refuser la requête d'expertise judiciaire déposée par la recourante. En effet, après avoir interpellé l'OAI, l'assureur a constaté que le traitement à charge de l'AI avait été conduit à terme en mars 2005 auprès de la clinique dentaire [...], dans le Canton de Saint-Gall.

Dans sa réponse du 3 mai 2010, la clinique dentaire [...] a informé la caisse avoir eu l'assurée comme patiente entre janvier 2004 et mars 2005. Le traitement exécuté avait comporté l'extraction des dents de lait 75 et 85, la pose d'implants en position 14, 34 et 44, ainsi que le complément de la dentition par la pose de couronnes et de ponts en céramique (ponts entre la dent 14 et la 16, ainsi qu'entre la 23 et la 26, onlay sur les dents 36 et 46). A cause de l'usure et de l'abrasion, la clinique dentaire [...] prévoyait dans le futur de la patiente une sensibilité

accrue des dents frontales supérieures, qu'elle conseille aujourd'hui de protéger avec des restaurations directes à l'aide de résines composites.

Ces informations ont dès lors été soumises à une nouvelle évaluation de la part du Dr K._____, lequel, dans ses observations du 16 juin 2010, prend acte des interventions déjà effectuées par la clinique dentaire et formule une proposition de continuation du traitement encore en relation avec l'infirmité congénitale n. 206, et dont la prise en charge par la LAMal, dans le respect des principes posés par l'art. 32 al. 1 LAMal, serait justifiée. Partant du constat que la dent 53 est une dent de lait qui, de plus, présente une récurrence de carie, le dentiste-conseil de KPT/CPT Caisse-maladie SA propose à la recourante de terminer la restauration de sa dentition par l'extraction de cette dent, condamnée de toute façon à être supprimée dans l'espace de quelques années, et son remplacement par un pont ancré par couronne à la dent 12. Cette solution, à laquelle s'ajoute le traitement de la dent 11, reconnu par l'intimée à sa charge, selon les chiffres 21 à 23 de la décision sur opposition attaquée selon estimation d'honoraires du Dr N._____, du 11 mai 2009, permettrait à l'intimée d'intervenir et d'assumer le coût des prestations comme suite de l'infirmité congénitale et de l'accident dentaire de 1994. Le refus de reconnaître le traitement au niveau des dents 21 et 22, ainsi que le retrait gingival à niveau de la dent 21, sont par contre confirmés.

Dans un mémoire complémentaire du 19 août 2010, la recourante a confirmé ses conclusions principales et subsidiaires.

Le 13 septembre 2010, l'intimée a déposé des déterminations complémentaires.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-maladie (art. 1 al. 1 LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie; RS 832.10]). Les décisions sur

opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévue par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est donc recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2009, s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr. (cf. lettre A.a supra), la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Est litigieux le point de savoir si les frais relatifs au traitement dentaire objet de l'estimation d'honoraires du Dr N. _____ du 11 mai 2009 pour un montant de 10'164 fr. 60 doivent être pris en charge par KPT/CPT Caisse-maladie SA au titre de l'assurance obligatoire des soins. Ce traitement vise une carie sur la dent 53, des infiltrations et colorations des restaurations en composite sur les dents 11, 13, 21 et 22 par la pose de facettes Veneer sur la dentition antérieure supérieure, un retrait gingival sur la dent 21 par une greffe gingivale, ainsi qu'une teinte foncée de la dent dévitalisée 11.

3. Selon l'art. 25 al. 1 LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie; RS 832.10), l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles. Est réputée maladie au sens de l'art. 3 LPGA (loi fédérale sur la

partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail. L'atteinte à la santé doit atteindre un certain niveau de gravité, pour valoir comme maladie. La nécessité d'un traitement au sens de l'art. 3 LPGA existe lorsque l'atteinte à la santé limite les fonctions corporelles ou psychiques dans une telle mesure que le patient a besoin d'aide médicale, que le rétablissement sans aide médicale ne pourrait vraisemblablement pas être atteint ou pas dans un délai convenable, ou lorsqu'il ne peut pas être exigé du patient de vivre sans au moins une tentative de traitement.

En cas de soins dentaires, il y aura atteinte à la santé, et donc maladie, lorsque l'assuré ne peut pas accomplir de façon satisfaisant des fonctions essentielles comme broyer, mordre, mastiquer et articuler (ATF 125 V 16). Les défauts esthétiques ne sont pas des maladies au sens de l'art. 3 LPGA, tant qu'ils ne sont pas liés à des atteintes fonctionnelles considérables.

Selon l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance 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 liaison avec l'art. 33 let. d OAMal (ordonnance sur l'assurance-maladie; RS 832.102), le Département fédéral de l'intérieur a édicté les art. 17, 18 et 19 OPAS (ordonnance 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 let. a à c LAMal.

L'art. 27 LAMal stipule qu'en cas d'infirmité congénitale selon l'art. 3 al. 2 LPGA, non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie. Cette disposition a pour but de coordonner les réglementations de l'assurance-invalidité et de l'assurance-maladie en cas d'infirmité congénitale au sens de l'annexe à l'OIC.

L'art. 19a OPAS (ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie [aussi : Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins]; RS 832.112.31) concerne les traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales. Aux termes de cette disposition, l'assurance prend en charge les coûts des traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales, au sens de l'al. 2, lorsque :

- a. les traitements sont nécessaires après la vingtième année, ou
- b. les traitements sont nécessaires avant la vingtième année pour un assuré soumis à la LAMal mais qui n'est pas assuré par l'assurance-invalidité fédérale.

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 (ATF 129 V 83 consid. 1.3).

L'art. 27 LAMal a pour but de coordonner les réglementations de l'assurance-invalidité et de l'assurance-maladie en cas d'infirmité congénitale au sens de l'annexe à l'OIC (Ordonnance du 9 décembre 1985 concernant les infirmités congénitales; RS 831.232.21). Selon la jurisprudence, l'assurance-maladie doit prendre en charge les coûts à la place de l'assurance-invalidité dès que celle-ci met un terme à ses prestations. Ainsi, par exemple, elle doit suppléer l'assurance-invalidité lorsque, en raison de l'accomplissement de la vingtième année, les suites d'une infirmité congénitale au sens de l'art. 1 al. 1 OIC ne peuvent plus être prises en charge par l'assurance-invalidité (art. 13 al. 1 LAI [loi

fédérale sur l'assurance-invalidité; RS 831.20]) ou lorsque, en raison de son importance minime, cette infirmité a été biffée de la liste des infirmités congénitales mentionnée à l'annexe à l'OIC (art. 13 al. 2, seconde phrase, LAI; ATF 126 V 107 consid. 3b/aa et la référence; Gebhard Eugster, Krankenversicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], p. 78 n. 153 avec renvoi aux notes de bas de page 327 et 328, et p. 104 n. 209 avec renvoi à la note de bas de page 453). En outre, l'assurance obligatoire des soins doit allouer ses prestations en vertu de l'art. 27 LAMal pour un enfant atteint d'infirmité congénitale lorsque les conditions d'assurance prévues à l'art. 6 LAI ne sont pas réalisées (ATF 126 V 103).

Selon la jurisprudence, les traitements dentaires consécutifs à une infirmité congénitale au sens de l'art. 27 LAMal n'ouvrent droit aux prestations de l'assurance-maladie obligatoire des soins que lorsque les conditions de l'art. 31 al. 1 LAMal sont réalisées (ATF 129 V 80). Précisant ce principe, le Tribunal fédéral a jugé que seuls doivent être considérés comme nécessaires après la vingtième année au sens de l'art. 19a al. 1 let. a OPAS les traitements dentaires occasionnés par une infirmité congénitale qui, en raison d'une indication médicale, requièrent des soins après l'accomplissement de la vingtième année. C'est pourquoi l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ne peut être appelée à prendre en charge des frais occasionnés par des traitements qui auraient pu être exécutés avant l'accomplissement de la vingtième année - partant, être pris en charge par l'assurance-invalidité - et qui ne l'ont pas été pour des motifs échappant à la sphère d'influence de l'assurance-maladie (ATF 130 V 294; voir aussi l'arrêt K 48/03 du 3 juin 2004, in RAMA 2001 n° KV 296 p. 352).

On rappellera que le but visé par les mesures thérapeutiques prises en charge selon l'art. 19a OPAS et 31 al. 1 LAMal est celui de rétablir de la capacité masticatrice. De ce fait, afin d'évaluer l'obligation de prise en charge des prestations par la caisse maladie, il est primordial de démontrer le lien de causalité entre le trouble causé par l'infirmité congénitale, d'une part, et les soins proposés, d'autre part.

4. a) En l'espèce, les documents de l'Al attestent qu'entre 1994 et 2005, la recourante a bénéficié de traitements dentaires pour rétablir sa capacité masticatrice à la suite de l'infirmité congénitale n. 206. L'anodontie se définit par l'absence totale ou partielle de développement des dents; elle peut être totale ou partielle, par absence d'au moins deux dents permanentes juxtaposées ou de quatre dents permanentes par mâchoire, à l'exclusion des dents de sagesse. L'anodontie est due soit à un facteur héréditaire, soit à une maladie de la mère ou de l'enfant — durant le premier âge — empêchant la formation des germes dentaires. L'absence de traitement risque d'entraîner une malocclusion, une mauvaise imbrication entre les dents des maxillaires supérieur et inférieur. Si l'absence de dents est totale, une prothèse dentaire est indispensable. Lorsque l'anodontie n'est que partielle, comme dans le cas qui nous occupe, la pose d'un bridge ou d'implants peut être indiquée. Les mesures thérapeutiques consistent donc dans une restauration dentaire afin de garantir la fonction masticatrice.

C'est effectivement ce qui s'est passé dans le cas d'espèce, l'Al a assumé, jusqu'à l'âge de 20 ans de la recourante, les traitements suivants :

- extraction des dents de lait 75 et 85,
- pose de trois implants aux positions 14, 34 et 44,
- ponts céramiques pour les positions 14, 15 et 16, ainsi que 23, 24 et 26,
- réalisation de deux couronnes en position 34 et 44,
- restauration par onlay des dents 36 et 46.

Cette restauration destinée à rétablir la capacité masticatrice s'est achevée le 31 mars 2005. Les résultats obtenus afin d'éliminer l'anodontie et, par là, l'existence d'une infirmité congénitale, sont visibles sur le matériel radiographique et photographique produit par le dentiste de l'assurée. Le premier document informant la caisse d'une demande de prise en charge d'un traitement dentaire a été établi le 11 mai 2009 par le Dr N._____, à savoir l'estimation d'honoraires pour les soins prévus

reçue le 22 mai 2009 par l'intimée. L'assurée était alors âgée de 24 ans. En d'autres termes, conformément à l'art. 27 LAMal, l'assurance obligatoire doit prendre en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie en présence d'infirmité congénitale non couverte par l'assurance-invalidité. L'assurée, âgée de 24 ans lors de sa demande de prise en charge par la LAMal, dispose d'une fonction masticatrice complète (voir la documentation photographique produite qui montre une mâchoire pourvue de toutes ses dents).

b) A l'appui de son opposition et de son recours, la recourante semble soutenir que, du simple fait qu'elle a souffert par le passé d'une infirmité congénitale prévue par l'art. 19a OPAS, elle remplirait de facto les conditions posées par l'art. 31 al. 1 LAMal. Elle ne précise toutefois jamais à quelle lettre de cette disposition elle fait référence pour justifier sa demande de prise en charge du traitement des dents 21 et 22 et du retrait gingival.

c) Il convient dès lors d'examiner si le cas et le traitement envisagé relèvent de l'un des états de fait prévu par l'art. 31 al. 1 LAMal qui justifierait une prise en charge par l'assurance obligatoire des soins à ce titre. Seule une prise en charge en vertu de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal peut entrer en ligne de compte, puisque le traitement dentaire n'a pas été occasionné par une maladie grave ou ses séquelles (art. 31 al. 1 let. b et art. 18 OPAS), ni n'a été nécessaire pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (art. 31 al. 1 let. c et art. 19 OPAS).

L'art. 17 OPAS a été édicté en exécution de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal et renferme une liste de maladies non évitables du système de la mastication. Selon cette disposition, l'assurance prend en charge, à condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige, les soins dentaires occasionnés par les maladies graves et non évitables du système de la mastication.

En l'occurrence l'anodontie en tant qu'infirmité congénitale selon l'art. 19a OPAS est une maladie grave et non évitable du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal. Cette affection a nécessité un traitement que l'assurance-invalidité a pris en charge jusqu'à sa vingtième année. Il faut dès lors se demander s'il s'agit toujours du traitement d'une maladie grave et non évitable du système de la mastication causée par une infirmité congénitale rendu nécessaire après la vingtième année de l'assurée. La question du lien de causalité doit se comprendre en ce sens.

Les dentistes-conseils de KPT/CPT Caisse-maladie SA admettent que l'affection dont souffrait l'assurée constituait une infirmité congénitale au sens de l'art. 19a al. 2 ch. 18 OPAS. Sur la base des documents médicaux, ils estiment que la capacité masticatrice a été totalement rétablie dans le cadre des soins pris en charge par l'AI. Même si l'assurée a souffert par le passé d'une infirmité congénitale, le fait que le traitement a été exécuté et achevé avant l'accomplissement de la vingtième année justifie un refus de prise en charge, en tant que traitement d'une infirmité congénitale, par l'assurance obligatoire des soins. Les dentistes-conseils de KPT/CPT Caisse-maladie SA, qui ont été plusieurs fois appelés à se prononcer sur le dossier, sont d'avis que les affections résiduelles dont souffre l'assurée, en particulier la coloration des restaurations dyschromie des dents ou encore le retrait gingival au niveau de la dent 21, ne peuvent pas être qualifiés de maladie au sens de l'art. 17 OPAS. Le Dr K. _____, auquel le dossier a été à nouveau soumis aux mois de février et de juin 2010 considère que le traitement souhaité en particulier pour les dents 21 et 22, ainsi que le retrait gingival, vise exclusivement une correction esthétique des dents frontales du maxillaire supérieur. En effet, la pose de facettes céramiques, qui améliorent sensiblement la cosmétique tout en uniformisant la coloration des dents, ne peut pas être considérée comme un traitement nécessaire pour faire face à une infirmité congénitale. Dans ce sens, elle ne sert pas à rétablir la capacité masticatrice de la recourante. De même, le retrait gingival au niveau de la dent 21 ne peut pas être mis en relation avec l'ancienne infirmité congénitale et trouve son explication dans d'autres facteurs. La

chirurgie parodontale au niveau de la dent 21 ne constitue dès lors pas non plus une prestation à charge de l'intimée.

La caisse-maladie a pu se procurer les informations nécessaires afin de compléter le dossier produit par la recourante, sollicitant au besoin les services de l'assurance-invalidité. Elle a ensuite demandé l'avis non pas d'un, mais de deux dentistes externes, le Dr L._____, spécialiste en médecine dentaire reconstructive, avec cabinet à Fribourg, et le Dr K._____, spécialiste en médecine dentaire reconstructive, avec cabinet à Fribourg. L'intimée leur a soumis l'estimation d'honoraires du 11 mai 2009, les radiographies et les photographies fournis par l'assurée, les observations et le rapport médical du Dr N._____, ainsi que l'avis d'accident dentaire et le traitement effectué en 1995. Les deux dentistes-conseils sont arrivés aux mêmes conclusions : hormis la restauration de la dent 11 ainsi que la proposition d'un traitement définitif pour la dent de lait 53, qui consiste dans son extraction et son remplacement par un pont grâce à une extension de couronne sur la dent 12, le restant des interventions souhaitées par l'assurée poursuivent exclusivement un but esthétique. Ils ont exclu l'existence d'un lien entre l'infirmité congénitale n. 206 et les traitements objets de l'estimation litigieuse. Si le traitement afférant à la dent 11 est dans un lien de causalité avec l'accident survenu en 1995, le restant des prestations ne sert pas à rétablir la fonction masticatrice, du moment que l'anodontie n'est plus présente, mais poursuit exclusivement des buts esthétiques. Ainsi, l'évaluation globale de la situation suffisamment motivée par les dentistes-conseil interpellés par KPT/CPT Caisse-maladie SA, et telle qu'elle résulte de l'évaluation du Dr K._____ du 16 juin 2010 notamment, permet de rejeter la requête de mise en oeuvre d'une expertise judiciaire formulée par l'assurée dans la procédure de recours. En effet, en matière d'appréciation des preuves il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance, sauf si des doutes fondés existent quant à l'impartialité du jugement formulé par le médecin-conseil consulté par la caisse. C'est pour éviter ce

grief que l'intimée a recouru, en l'espèce, aux avis non pas d'un seul, mais de deux dentistes externes.

En conclusion, force est de constater que la pose de facette Veneer relève d'un traitement cosmétique de la dentition. Quant au retrait gingival qui, selon le dentiste traitant, requiert une stabilisation chirurgicale au moyen d'une greffe gingivale, on ne voit pas en quoi cela serait en relation avec l'anodontie congénitale partielle dont a souffert la recourante dans sa jeunesse, sans compter que l'augmentation souhaitée du tissu mou n'est en l'espèce pas liée à une des affections décrites à l'art. 17 let. c. OPAS.

Dans un arrêt (K 48/03), le droit à la prise en charge d'un nouveau traitement prothétique rendu nécessaire par l'usure du temps a été reconnu dans le cas d'une infirmité congénitale. Cette jurisprudence pourrait éventuellement s'appliquer, par exemple, à la nécessité de compléter ou de refaire les restaurations directes des dents frontales supérieures, abîmées par l'usure et l'abrasion, à l'aide de résines composites, opérations d'entretien préconisées notamment par la clinique dentaire de [...], dans la mesure où il s'agit de conserver la fonction masticatrice. La prise en charge admise par la jurisprudence ne saurait toutefois s'étendre au-delà.

En l'occurrence, les dentistes-conseils de l'intimée admettent que la présence des restaurations est la conséquence des traitements dentaires rendus nécessaires par l'infirmité congénitale. Ils contestent toutefois que la pose de facettes pour régler des problèmes de colorations et d'infiltration des restaurations composites est la suite de ce traitement. Ils ne nient pas l'infirmité congénitale. Ils relèvent uniquement que la pose de facette est purement esthétique, si bien qu'il ne s'agit pas de traiter un problème de mastication. Le Dr N. _____ ne le soutient du reste pas. S'agissant de la coloration des restaurations, ce dernier médecin-dentiste relève simplement qu'un traitement par facette s'impose logiquement, celui-ci étant définitif. Ainsi, son rapport ne met pas en doute (même faiblement au sens de la jurisprudence) les constatations des médecins-

conseils qui ont examiné les traitements de la maladie du système de la mastication devant encore être pris en charge par l'assurance-maladie des suites de l'infirmité congénitale ou de l'accident et les traitements purement esthétiques.

d) Reste à analyser le traitement de racine envisagé sur la dent 11, visiblement traumatisée selon les déclaration du Dr N._____, du 25 août 2009 et dont l'origine peut très vraisemblablement être recherchée dans l'accident dont a été victime l'assurée à l'âge de dix ans, qui est donc en lien de causalité.

Aux termes des art. 1a al. 2 let. b. et art. 31 al. 2 LAMal, l'assurance-maladie sociale couvre désormais non seulement la maladie, mais aussi l'accident. Les accidents ne sont toutefois couverts que dans la mesure où ils ne sont pas pris en charge par une assurance-accidents, qu'elle soit obligatoire ou privée.

Comme l'art. 31 al. 2 LAMal met à la charge de l'assurance obligatoire des soins les coûts des lésions du système de la mastication causés par un accident selon l'art. 1a al. 2 let. b, il s'ensuit que, comme pour d'autres séquelles d'accident, c'est la date du traitement qui est déterminante pour fixer l'obligation éventuelle de prester de l'assurance-maladie (cf. RAMA 1998 no KV 33 p. 284 consid. 2). Dès lors, il y a lieu d'admettre que si le traumatisme de la dent 11 constitue une séquelle tardive d'un accident annoncé, la caisse-maladie doit répondre des frais de traitement selon l'art. 31 al. 2 LAMal.

Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'intimée accorde sa participation pour l'assainissement de la dent 11 à concurrence du montant qui, selon l'estimation d'honoraires du 11 mai 2009, s'élève à 655 fr. 65.

5. Dans la procédure de recours, l'intimée a reconsidéré partiellement sa décision en application de l'art. 53 al. 3 LPGa. Conformément à l'art. 34 LAMal, l'intimée ne pouvait aller au-delà en

offrant la prise en charge d'autres prestations non couvertes. C'est donc à juste titre que la caisse a évalué et corrigé son obligation de prise en charge en relevant : « La KPT Caisse-maladie SA accepte dès lors l'assainissement de la dent 11 en tant que conséquence directe de l'accident dont R._____ a été victime en 1995, à concurrence du montant qui, selon l'estimation d'honoraires du 11 mai 2009, s'élève à CHF 655.65 ». De même, l'intimée propose à l'assurée de terminer la restauration de sa dentition par l'extraction de la dent de lait 53, laquelle, en plus de présenter une récurrence de carie, est de toute façon destinée à être supprimée dans l'espace de quelques années, en la remplaçant par un pont ancré par couronne à la dent 12, selon une estimation d'honoraires qui reste à établir en conformité avec l'art. 32 al. 1 LAMal. Pour le surplus, l'on ne peut considérer que le traitement de la recourante remplit les conditions restrictives de reconnaissance et de prise en charge de prestations dentaires. Partant, c'est à juste titre que KPT/CPT Caisse-maladie SA a refusé de verser des prestations de l'assurance obligatoire des soins pour les traitements dentaires qui ne sont pas en relation avec l'infirmité congénitale dont souffrait l'assurée, ou encore ne représentent pas la conséquence directe de l'accident dont elle a été victime en 1995.

Il s'ensuit que le recours doit être partiellement admis, la décision attaquée réformée en ce sens que l'intimée prendra en charge le traitement définitif de la dent de lait 53, dont les coûts restent à définir dans le respect de l'art. 32 LAMal, qui consiste dans son extraction et son remplacement par un pont grâce à une extension de couronne sur la dent 12. Elle doit être confirmée pour le surplus.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 45 LPA-VD et 61 let. a LPGA).

Obtenant très partiellement gain de cause, la recourante a droit à des dépens réduits (art. 55 LPA-VD et 61 let. g LPGA), qu'il convient

d'arrêter à 500 fr. compte tenu de la complexité de l'affaire, à la charge de l'intimée.

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

- I. Le recours est partiellement admis.

- II. La décision attaquée est réformée en ce sens que l'intimée KPT/CPT Caisse-maladie SA prendra en charge le traitement définitif de la dent de lait 53, conformément aux considérants. Elle est confirmée pour le surplus.

- III. Il n'est pas perçu de frais de justice.

- IV. Une indemnité de 500 fr. (cinq cents francs) à verser à la recourante R._____ à titre de dépens, est mise à la charge de KPT/CPT Caisse-maladie SA.

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Joël Crettaz (pour R._____),
- KPT/CPT Caisse-maladie SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :