

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 février 2011

Présidence de M. MÉTRAL, juge unique
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

K. _____, à Lausanne, recourant,

et

Z. _____, **CAISSE MALADIE-ACCIDENT**, à Martigny, intimée.

Art. 31 al. 1 let. b LAMal; art. 18 al. 1 let. c ch. 7 OPAS

E n f a i t :

A. K._____ est assuré, au titre de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie et d'accidents, par Z._____, Caisse maladie-accident (ci-après : Z._____).

Le 6 juillet 2009, Z._____ a reçu deux devis pour des traitements dentaires, établis le 9 avril 2009 par le médecin-dentiste de K._____, le docteur C._____, pour des montants de 2'535 fr. 55 et 4'082 fr. 25. Le docteur C._____ précisait en outre, sur un certificat du 14 juin 2009 également communiqué à Z._____, qu'« *en raison des troubles dépressifs dont souffre M. K._____, son débit salivaire est grandement altéré, ce qui a une influence n[é]faste sur son état dentaire. Les médicaments prescri[t]s sont bien s[û]r responsables de cet état de fait* ».

Le 8 juillet 2009, l'assurance-maladie a écrit à l'assuré pour l'informer que les traitements qui avaient fait l'objet des devis du 9 avril 2009 n'étaient pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Le 11 août 2009, donnant suite à un téléphone de l'assuré, elle lui a demandé de lui remettre un dossier radiographique pour le soumettre à son dentiste-conseil. Le 9 septembre suivant, Z._____ a demandé directement au médecin-dentiste de l'assuré de lui communiquer les renseignements nécessaires (formulaire de lésions dentaires, type d'appareil en bouche de l'assuré et moyens prophylactiques entrepris lors des trois dernières années). Le docteur C._____ a rempli le formulaire demandé et l'a transmis à Z._____ le 28 septembre 2009, en y joignant deux radiographies. Le 6 octobre 2009, l'assurance-maladie a demandé à nouveau au docteur C._____ des précisions relatives au traitement prophylactique suivi pendant les trois dernières années. Le médecin-dentiste a répondu le 12 octobre en précisant que K._____ l'avait consulté pour la première fois le 6 avril 2009 en l'informant qu'il s'était soumis précédemment une fois par année à des soins prophylactiques dispensés par un hygiéniste dentaire.

Le 14 janvier 2010, le docteur P._____, médecin-dentiste conseil de Z._____, a exposé que K._____ suivait un traitement psychotrope dont l'un des effets secondaires était une hyposalivation, avec comme conséquence un risque de carie accru. Le développement de caries dentaires résultait de plusieurs causes (hygiène bucco-dentaire insuffisante, diète sucrée, présence de germes cariogènes). Il était difficile d'établir une relation certaine et absolue entre les caries dentaires et la prise de psychotropes, qui n'était, chez K._____, qu'un facteur favorisant. La prise de psychotrope n'expliquait pas à elle seule le développement de caries dentaires chez l'assuré, des mesures préventives (hygiène dentaire régulière, mesures prophylactiques) suffisant à stopper l'apparition et l'aggravation de caries dentaires, même chez les patients bénéficiant d'un traitement médical.

Par décision du 28 janvier 2010, Z._____ a refusé de prendre en charge le traitement proposé par le docteur C._____, au motif qu'il concernait une maladie du système masticatoire qui aurait pu être évitée par une hygiène buccale adaptée et un suivi régulier.

B. Par courrier du 22 février 2009 [recte : 2010], l'assuré s'est opposé à cette décision, en alléguant que les devis du 9 avril 2009 ne concernaient que la continuation d'un traitement dont la prise en charge avait déjà été acceptée précédemment par Z._____. Il alléguait, par ailleurs, s'être régulièrement soumis à des soins dispensés par un hygiéniste dentaire.

Le 15 mars 2010, Z._____ a demandé à K._____ de lui communiquer les coordonnées de l'hygiéniste ou du dentiste qui l'avait suivi lors des cinq dernières années, ainsi qu'une copie des factures que ce dernier lui avait présentées. Le 8 avril 2010, l'assurance-maladie a envoyé un rappel à l'assuré. Le 25 mai suivant, toujours sans réponse de sa part, elle lui a adressé un nouveau rappel en attirant son attention sur son obligation de collaborer et en précisant qu'à défaut de nouvelle de sa part dans un délai échéant le 11 juin 2010, elle pourrait réduire ou refuser

temporairement ou définitivement les prestations, conformément à l'art. 21 al. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1). K._____ n'a pas réagi à cette sommation.

Par décision sur opposition du 18 juin 2010, Z._____ a maintenu son refus de prendre en charge le traitement dentaire proposé par le docteur C._____.

C. Par acte du 17 juillet 2010, K._____ interjette un recours de droit administratif contre cette décision, concluant implicitement à son annulation. En substance, il allègue des retards administratifs et des pertes de pièces importantes par Z._____, dans un contexte de restructuration de cette assurance.

L'intimée s'est déterminée le 13 septembre 2010 et a conclu au rejet du recours.

Le recourant s'est abstenu de prendre position sur la réponse de l'intimée.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la LPGA 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 a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et répond aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise 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., la cause est de la compétence du juge instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge du traitement faisant l'objet des devis établis le 9 avril 2009 par le docteur C._____.

3. a) Aux termes de l'art. 31 al. 1 LAMal, 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 (a), s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (b) ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (c).

b) En l'espèce, seule entre en considération l'hypothèse visée par la lettre b de cette disposition. En rapport avec cette disposition, l'art. 18 al. 1 let. c ch. 7 OPAS (ordonnance du DFI du 29 septembre 1995 sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie; RS 832.112.31) prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires occasionnés par les maladies psychiques graves avec une atteinte consécutive grave de la fonction de mastication, ainsi que leurs séquelles. Sur la base des pièces figurant au dossier, le recourant semble effectivement souffrir d'une telle maladie. La question peut toutefois demeurer ouverte, pour les motifs exposés ci-après.

c) D'après la jurisprudence, le traitement de caries qui auraient pu être évitées par une hygiène buccale et un suivi dentaire suffisant n'est pas à la charge de l'assurance obligatoire de soins, même

dans le cadre de l'art. 31 al. 1 let. b LAMal. Une hygiène buccale usuelle doit avoir été pratiquée. Par ailleurs, si l'intéressé a été informé d'un risque accru de caries en raison de circonstances particulières, il doit faire l'effort supplémentaire raisonnablement exigible pour limiter ce risque (ATF 128 V 59 consid. 6d p. 65). Cela étant, si l'affection n'aurait pu être évitée, même en maintenant une hygiène optimale, compte tenu des effets secondaires du traitement d'une maladie mentionnée à l'art. 31 al. 1 let. b LAMal, le non-respect d'une telle hygiène ne saurait justifier le refus des prestations (arrêt précité, consid. 6c et 6e p. 65).

3. a) En l'espèce, il ressort de la prise de position du docteur P._____ que les affections dont souffre le recourant pouvaient en principe être évitées au moyen d'une hygiène buccale adéquate, même compte tenu des médicaments prescrits pour le traitement de son atteinte à la santé psychique. Invité à renseigner l'intimée sur ses visites à un hygiéniste dentaire lors des dernières années, le recourant n'a donné aucune réponse, malgré plusieurs lettres de rappel. Les renseignements demandés n'étaient pourtant pas dépourvus de pertinence. Partant, l'intimée était en droit de refuser les prestations, en raison d'un défaut de collaboration de l'assuré, comme elle l'en avait averti.

b) Le recourant soutient, certes, que l'intimée disposait déjà de diverses pièces, qu'elle aurait égarées lors d'une restructuration. Il s'agit d'une allégation vague, pour laquelle le recourant ne propose aucun moyen de preuve. Son argumentation sur ce point n'emporte donc pas la conviction.

4. En procédure d'opposition, le recourant a soutenu que les devis établis par le docteur C._____ le 9 avril 2009 ne concernaient que la suite d'un traitement déjà accepté par l'intimée. Cet argument n'est toutefois pas étayé par les pièces figurant au dossier, qui indiquent plutôt que la caisse n'a admis des devis analogues qu'au cas par cas, sans donner de promesse quand à la prise en charge du traitement de nouvelles dents cariées.

5. Vu ce qui précède, le recours est mal fondé et doit être rejeté. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA) et ne donne pas lieu à l'octroi de dépens (art. 61 al. 1 let. g LPGA, 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision rendue le 18 juin 2010 par Z._____, Caisse maladie-accident, est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.
- IV.** Le présent arrêt est communiqué aux parties.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- K._____,
- Z._____, Caisse maladie-accident,
- 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).

La greffière :