

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 3 mars 2016

Composition : Mme BERBERAT, juge unique
Greffière : Mme RoCHAT

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourant,

et

U. _____ **ASSURANCE**, au [...], intimée.

**Art. 25 al. 1, 31 al. 1 let. c, 33 al. 2 et 5 LAMal ; 33 let. d OAMal ;
19 let. a OPAS**

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964, est assuré depuis le 1^{er} janvier 2010 auprès d'U. _____ Assurance (ci-après : U. _____ Assurance ou l'intimée) 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.

Le 15 juin 2015, U. _____ Assurance a reçu un formulaire intitulé « Lésions dentaires selon la LAMal » complété par le Dr K. _____, médecin-dentiste, concernant des « soins dentaires lors du remplacement des valves cardiaques, de l'implantation de prothèses » en faveur de l'assuré. Il sollicitait la prise en charge d'un traitement dentaire estimé à 2'483 fr. 80.

La requête de prise en charge a été complétée par courriel du 22 juin 2015 par une orthopantomographie, ainsi que trois radiographies.

Par courrier du 10 juillet 2015 au Dr K. _____, U. _____ Assurance a indiqué qu'elle ne pouvait pas intervenir au titre de l'assurance obligatoire des soins. En effet, l'intervention de la valve avait été effectuée le 9 janvier 2015, si bien que la situation de l'assuré ne remplissait plus les critères prévus à l'art. 19a [recte : 19 let. a] OPAS.

Le 8 août 2015, l'assuré a contesté cette prise de position et a transmis un certificat médical du 5 août 2015 du Dr S. _____, médecin généraliste, lequel avait la teneur suivante :

« Le médecin soussigné certifie que l'intervention cardiaque concernant M. H. _____ (...) sous forme d'un remplacement de la valve cardiaque s'est faite en extr[ê]me urgence suite à une endocardite aigu[ë] avec pour conséquence un lâchage de cette valve, auparavant saine. Dans ce contexte, il était bien entendu impossible au patient de faire pratiquer les extractions dentaires nécessaires avant cette intervention. Ainsi, il m'apparaît que les

conditions à un remboursement de cet acte doivent être reconsidérées à la lumière de cette information ».

Par décision du 31 août 2015, U. _____ Assurance a refusé d'octroyer ses prestations, aucun soin dentaire préopératoire n'ayant été envisagé avant son hospitalisation de janvier 2015.

Le 14 septembre 2015, l'assuré s'est opposé à cette décision, expliquant qu'il était impossible de pratiquer le traitement dentaire antérieurement à l'opération pratiquée le 9 janvier 2015. Il a produit à cet effet un certificat médical du 8 septembre 2015 du Dr J. _____, spécialiste en cardiologie, lequel a exposé ce qui suit :

« M. H. _____ a présenté une endocardite aortique pour laquelle il a bénéficié d'un remplacement valvulaire par voie chirurgicale. Dans ce contexte les traitements dentaires effectués dans la phase périopératoire sont liés à cette intervention ».

Par décision sur opposition du 20 novembre 2015, U. _____ Assurance a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a retenu que les soins dentaires envisagés par le Dr K. _____ ne pouvaient faire l'objet d'une prise en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, car ils étaient postérieurs au remplacement d'une valve cardiaque et pas étroitement liés à des soins dentaires qui ont précédé le remplacement de dite valve.

B. Par acte du 20 décembre 2015, H. _____ recourt contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal vaudois et conclut à l'admission du recours et à la réforme de dite décision en ce sens que la facture du Dr K. _____ soit remboursée par U. _____ Assurance à hauteur de 2'483 fr. 80. Il allègue avoir été opéré d'une endocardite aortique (suite à une bactérie) en vue d'un remplacement valvulaire par voie chirurgicale en urgence à deux heures du matin après avoir été admis aux urgences du [...]. Il ajoute qu'en raison de l'urgence, ces soins n'ont pas pu être donnés avant ni pendant l'intervention cardiologique. Il soutient que ni la loi, ni l'ordonnance ni la jurisprudence citée par l'intimée ne précisent que la

prise en charge du traitement serait soumise à la condition qu'il soit entrepris avant ou pendant l'intervention.

Dans sa réponse du 1^{er} février 2016, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle retient qu'il n'est pas contesté que l'assuré a présenté une endocardite aortique et qu'un remplacement valvulaire ait dû être effectué en urgence le 9 janvier 2015.

Le recourant ne s'est pas déterminé plus avant.

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., 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 K. _____ du 15 juin 2015 pour un montant de 2'483 fr. 80 doivent être pris en charge par l'intimée au titre de l'assurance obligatoire des soins. Ce traitement vise notamment des radiographies dentaires, une orthopantomographie, trois extractions de dents (12, 17 et 27), un pont collé, 3 éléments sur la dent 12 (par 830 fr. 80) et le travail de laboratoire du « pont collé 12 » (par 907 fr. 45).

3. a) 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 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 satisfaisante 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. Ainsi, l'art. 17 OPAS énumère les maladies graves et non évitables du système de la mastication au sens de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal, qui ouvrent droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins. L'art. 18 OPAS mentionne d'autres maladies graves susceptibles d'occasionner des soins dentaires (art. 31 al. 1 let. b LAMal) ; 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. Selon l'art. 19 OPAS, l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires pour réaliser et garantir les traitements médicaux (art. 31 al. 1 let. c LAMal) lors du remplacement des valves cardiaques, de l'implantation de prothèses de revascularisation ou de shunt crânien (let. a) ; lors d'interventions qui nécessiteront un traitement immunosuppresseur de longue durée (let. b) ; lors d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie d'une pathologie maligne (let. c) et en cas de syndrome de l'apnée du sommeil (let. d). A l'art. 19 OPAS, le Département a énuméré les autres maladies graves pour lesquelles les soins dentaires représentent un élément indispensable du traitement médical. 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). Les soins dentaires visés par l'art. 31 al. 1 let. c LAMal et 19 OPAS englobent le rétablissement de la fonction masticatoire au moyen de prothèses

dentaires, lorsqu'il s'est révélé nécessaire de procéder à l'extraction de dents (ATF 124 V 200 consid. 2d in fine).

b) Tant l'art. 31 al. 1 LAMal que les art. 17 à 19 OPAS mentionnent des « soins dentaires » qui sont occasionnés par certaines maladies ou qui favorisent le traitement de certaines maladies. Les soins dentaires et les maladies se situent par conséquent dans un rapport d'interaction. Les critères primordiaux pour la différenciation entre les soins dentaires et les traitements médicaux sont le point de rattachement et l'objectif thérapeutique du traitement (Claudia Kopp Käch, Droit aux prestations de l'assurance-maladie obligatoire pour les soins dentaires [aperçu de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances], in Revue mensuelle suisse d'Odontostomatologie, Vol 112, 11/2002, p. 1194). Le Tribunal fédéral a précisé à plusieurs reprises que l'art. 31 al. 1 let. c LAMal était applicable lorsque des traitements dentaires étaient nécessaires dans le cadre du traitement d'une pathologie prévue par cette norme, mais non pas lorsque les traitements dentaires sont « uniquement » la conséquence de cette pathologie ou de ses suites (ATF 130 V 472 consid. 4.2 non publié, TFA K 122/99 du 14 décembre 2001 consid. 4b). En effet, des soins dentaires peuvent s'avérer nécessaires pour la réussite d'un traitement. Ainsi, les foyers infectieux odontogènes peuvent, dans certaines circonstances, mettre en péril un traitement médical ou en entraver le succès. L'endocardite peut être provoquée par des foyers dentaires ou parodontaux, raison pour laquelle l'assainissement des foyers infectieux et les mesures médico-dentaires consécutives font partie des prestations figurant dans l'OPAS. La prise en charge exceptionnelle des frais de soins dentaires visant à traiter une endocardite par exemple n'est possible que si l'on est en présence d'une endocardite devant être traitée ou du moins de ses premiers symptômes concrets. Il ne peut s'agir seulement d'éviter un risque ou de se baser sur une simple supposition (TF 9C_675/2007 du 6 février 2008 consid. 4.2 et TFA K 64/04 du 14 avril 2005 consid. 4.3).

Les soins dentaires précèdent le traitement médical de la maladie grave puisqu'ils en constituent un préalable nécessaire (ils visent

à éviter que les chances de succès du traitement médical ne soient compromises par la propagation des bactéries présentes dans le foyer infectieux) ; le but premier des soins dentaires est ainsi de rendre possible le traitement de la maladie grave, non pas de soigner l'affection dentaire en tant que telle. La prise en charge des coûts du traitement dentaire préalable par l'assurance-maladie obligatoire tend également à écarter le risque que des personnes atteintes dans leur santé par une maladie grave nécessitant un traitement au sens de l'art. 19 OPAS renoncent, pour des raisons d'ordre financier, à des soins dentaires, au péril de leur santé (Frésard-Fellay, Kahil-Wolff, Perrenoud, Droit suisse de la sécurité sociale, Vol. II, Berne 2015, p.179).

4. a) En l'espèce, il s'agit de déterminer si l'assainissement dentaire était nécessaire pour traiter une maladie grave ou ses séquelles au sens de l'art. 31 al. 1 let. c LAMal et de l'art. 19 OPAS. Le recourant estime implicitement qu'ayant bénéficié d'un remplacement de la valve en raison d'une endocardite, l'extraction de dents était nécessaire, même si elle intervenait ultérieurement à l'intervention chirurgicale, et que par conséquent l'intimée doit prendre en charge le traitement dentaire. L'intimée, pour sa part, considère que les soins dentaires envisagés par le Dr K._____ ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge au titre de l'assurance obligatoire des soins, car ils étaient postérieurs au remplacement d'une valve cardiaque et pas étroitement liés à des soins dentaires qui ont précédé le remplacement de dite valve.

b) Il n'est pas contesté par les parties que le recourant a présenté une endocardite aortique et qu'il a bénéficié en urgence le 9 janvier 2015 d'un remplacement valvulaire par voie chirurgicale. Aucune extraction de dents n'a été pratiquée avant dite intervention. A cet égard, on rappellera que le Tribunal fédéral a précisé à plusieurs reprises que l'extraction de dents préalable au remplacement d'une valve cardiaque puis la pose d'une prothèse dentaire étaient couvertes par l'art. 19 OPAS, afin d'éviter des foyers infectieux (TF 9C_675/2007). Or, ce n'est que cinq mois plus tard, soit le 15 juin 2015, que l'assuré par le Dr K._____ a sollicité la prise en charge d'un traitement dentaire estimé à 2'483 fr.80 se

référant au remplacement de valves cardiaques. Dans ce contexte, l'écoulement de plusieurs mois ne permet pas d'admettre l'existence d'un lien de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante, requise en droit des assurances sociales. A cela s'ajoute que le Dr K._____ n'a mentionné aucune indication médicale plus précise justifiant un tel traitement. Ainsi, aucun des médecins traitants de l'assuré n'a attesté que l'extraction de dents infectées ou supposées infectées (avec rétablissement de la fonction masticatoire par un pont) était nécessaire à la réussite du traitement, à savoir le remplacement valvulaire et qu'à défaut le traitement médical pouvait être mis en péril, voire être entravé. Dans son certificat médical du 5 août 2015, le Dr S._____ s'est limité à rappeler que le recourant, opéré en urgence, n'avait pas pu bénéficier au préalable des extractions dentaires et qu'il lui apparaissait que les conditions à un remboursement de cet acte devaient être considérées à la lumière de cette information. Quant au Dr J._____, il s'est borné à préciser que les traitements dentaires effectués dans la phase périopératoire étaient liés à l'intervention soit au remplacement valvulaire par voie chirurgicale (cf. certificat médical du 8 septembre 2015).

c) Au vu des éléments précités, il convient de retenir que le traitement dentaire n'était pas lié à la réussite du traitement médical à savoir le remplacement valvulaire, lequel a au demeurant été pratiqué plus de cinq mois auparavant. C'est donc à juste titre que la caisse intimée a refusé de prendre en charge le coût d'un traitement dentaire estimé à 2'483 fr. 80.

5. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise.

b) S'agissant des frais et dépens (art. 91 LPA-VD, applicable par renvoi de l'art. 99 LPA-VD), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant, au demeurant non assisté, n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 20 novembre 2015 par U._____Assurance 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 :

- H._____,
- U._____Assurance,
- 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 :