

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 23 janvier 2017

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique  
Greffier : M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**W.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante,

et

**M.**\_\_\_\_\_, à Lausanne, intimée.

---

**Art. 31 al. 1 LAMal ; 19 let. a OPAS**

**E n f a i t :**

**A.** W. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...], est affiliée auprès de M. \_\_\_\_\_ (ci-après: M. \_\_\_\_\_ ou l'intimée) pour l'assurance obligatoire des soins.

Le 11 janvier 2015, l'assurée a adressé à M. \_\_\_\_\_ un courrier par lequel elle lui demandait la prise en charge de traitements dentaires. Elle indiquait avoir subi deux hémorragies cérébrales, une dissection de l'artère basilaire, plusieurs vaso-spasmes ayant entraîné des « réparations » importantes. Les traitements mis en œuvre (nombreuses interventions spécialisées, long séjour aux soins intensifs et importante médication) impliquaient une remise en état de sa dentition. Son dentiste avait constaté une première fissure de dent en 2013, puis une seconde en 2014.

Dans un rapport de densitométrie osseuse du 24 mars 2015, le Dr H. \_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a conclu à une ostéopénie lombaire et fémorale.

Dans un rapport complété le 31 mars 2015, le Professeur G. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic de status après shunt crânien en décembre 2012.

Par décision du 29 avril 2015, M. \_\_\_\_\_ a refusé la prise en charge du traitement dentaire demandé sous couvert de l'assurance obligatoire des soins. Après examen par son médecin-conseil, la pathologie dont souffrait l'assurée ne remplissait aucun des critères posés aux art. 17 à 19 OPAS (Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins ; RS 832.112.31). Il n'existait pas de relation de causalité entre les dents fissurées et l'affection primaire.

Le 6 mai 2015, l'assurée s'est opposée à la décision de refus précitée. Elle soutenait remplir au moins un critère décisif des art. 17 à 19

OPAS pour la prise en charge de son traitement dentaire par son assureur-maladie. De plus, elle tenait pour établi le lien de causalité entre ses dents fissurées et l'affection primaire.

Dans un devis du 18 août 2015, le Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste traitant, a indiqué en particulier ce qui suit :

“La patiente est convaincue que les fissures des dents 37 et 47 sont dues à son hospitalisation ; elles sont dues à une suroccclusion manifeste (elle a dû serrer les dents +++!).”

Il a estimé les travaux devant être effectués à 467 francs.

Dans son avis du 19 août 2015, le Dr A.\_\_\_\_\_, dentiste et médecin-conseil de M.\_\_\_\_\_, a écrit ce qui suit :

“Après avoir pris connaissance des pièces constituant ce dossier, il s'avère qu'un avis peut être donné malgré un manque de documents, notamment des documents radiologiques. Concernant l'art. 19 let. a, celui-ci vise à assurer aux patients une prise en charge de l'élimination de foyers actifs et potentiels. Il s'avère qu'en 2012 il n'a pas été considéré utile d'éliminer des foyers. On doit supposer qu'il n'y en avait pas. Les traitements radiculaires sur les 17 et 46 ne peuvent pas être contrôlés sous radiographies. Concernant les fissures, le nombre et la grandeur des obturations présentes en bouche augmentent notablement le risque de fissures. Des problèmes d'articulation mandibulaire peuvent s'ajouter à ces risques. En définitive les soins actuels ne sont pas en relation avec la pathologie vasculaire et sont en relation avec la mastication et la présence d'obturations métalliques. Les soins ne sont pas à la charge de l'AOS.”

Par décision du 10 septembre 2015, M.\_\_\_\_\_ a refusé la prise en charge des soins dentaires liés aux fissures en l'absence de lien de causalité avec la pathologie vasculaire. L'assureur-maladie retenait que ces fissures étaient en relation avec la présence d'obturations métalliques et la mastication. Ses constatations étaient les suivantes :

“Votre demande de prise en charge a été examinée à 2 reprises par notre médecin-conseil, ainsi que le 19 août 2015 par notre médecin-dentiste conseil.

L'article OPAS 19a mentionne l'élimination de tous les foyers évidents avant l'intervention chirurgicale. Toutefois, en 2012 aucun

traitement concernant l'élimination de foyers n'a été effectué, on doit donc supposer qu'il n'en existait pas.

Les traitements radiculaires sur les dents 17 et 46 ne peuvent être contrôlés sans radiographies. Concernant les fissures, le nombre et la grandeur des obturations présentes en bouche augmentent considérablement le risque de fissures. De plus, des problèmes d'articulation temporo-mandibulaire peuvent s'ajouter à ces risques. Selon le formulaire LAMal [loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie ; RS 832.10] établi le 18 août 2015 par le Dr Z.\_\_\_\_\_, ce dernier a constaté lors de la consultation du 2 mars 2015, la présence de fissures des dents 37 et 47 dues à une suroccclusion.”

M.\_\_\_\_\_ a pris en charge les soins effectués par le Dr Z.\_\_\_\_\_, corrigés à 257 fr. 30, à titre de prestation obligatoire selon l'art. 25 LAMal. L'assureur a par contre refusé sa garantie en lien avec le traitement du Dr R.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste, (traitement de racine de la dent 37 ; 948 fr. 60) et pour la facture de 256 fr. (soins parodontaux) du Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en parodontologie, et celle de 95 fr. 05 de B.\_\_\_\_\_ GmbH sur mandat du Dr V.\_\_\_\_\_.

Par courrier du 10 octobre 2015, l'assurée a fait opposition à la décision précitée en demandant le remboursement de factures d'un total de 1'299 fr. 65. Elle exposait qu'avant l'atteinte à sa santé (pathologie vasculaire) occasionnant un séjour d'un mois aux soins intensifs de l' [...] à [...], elle n'avait pas eu de douleurs liées à la mastication et que ses dents n'étaient pas fissurées. En l'absence de germes dans ses gencives et sans déchaussement signalé, des examens prophylactiques n'étaient pas justifiés. Soulignant que cela faisait trente ans que tous les soins avaient été réalisés par son dentiste, l'opposante estimait normal de trouver des obturations métalliques dans sa bouche compte tenu de son âge. Elle reprochait en outre à M.\_\_\_\_\_ une instruction lacunaire ne tenant pas compte de sa situation globale.

Dans un avis du 3 novembre 2015, le Dr R.\_\_\_\_\_ a répondu comme suit aux questions adressées par M.\_\_\_\_\_ dans l'intervalle :

“[1. Pour quelle(s) raison(s), aucune radiographie n'a été effectuée avant le 20 mars 2014 ?]

Mme W.\_\_\_\_\_ ne souhaitait pas avoir de radiographies de contrôle. Nous avons respecté sa décision.

- [2. Merci de nous indiquer le détail des soins dentaires avec les dates de traitements effectués à ce jour pour votre patiente.]  
Depuis le 25/07/2002 Mme W.\_\_\_\_\_ n'a eu que des soins chez l'hygiéniste dentaire, aucun autre traitement n'a été effectué dans notre cabinet.
- [3. Selon vous, existe-t-il un lien de causalité entre les soins dentaires (fissures des dents 37 et 47 et les soins parodontaux du Dr V.\_\_\_\_\_) et l'intervention chirurgicale (shunt crânien) de décembre 2012 ?]  
Je ne peux pas me prononcer sur cette question. [...]"

Le 11 décembre 2015, le Professeur G.\_\_\_\_\_ a répondu à M.\_\_\_\_\_ ne pas pouvoir se prononcer, en sa qualité de neurologue clinicien, sur un éventuel lien de causalité entre les fissures dentaires et l'intervention chirurgicale de décembre 2012 à l' [...]. Il renvoyait sur cette question auprès de son confrère le Professeur X.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie.

Dans un rapport du 14 janvier 2016 à l'assurée, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en parodontologie, a observé que la parodontite « infectieuse » aurait impérativement dû être traitée avant le shunt crânien. Etant donné l'urgence, elle n'avait toutefois pas pu être soignée à temps. Les traitements actuels relevaient de l'assurance-maladie.

Au terme d'un rapport du 3 février 2016, le Professeur X.\_\_\_\_\_ a conclu pour sa part à la nécessité d'une expertise dentaire pour l'examen de la relation de causalité entre l'intervention de décembre 2012 (le shunt crânien) et le traitement des fissures.

Mandaté expert, le Dr P.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste, a examiné l'assurée le 17 mai 2016 à son cabinet. Il a procédé à un examen approfondi après avoir recueilli les explications de l'intéressée et étudié son dossier radiographique. Il résulte de son rapport d'expertise du 8 juin 2016, notamment ce qui suit :

"[...]"

1. Il y avait de grosses obturations anciennes en composite sur les dents n° 16 et 47, de même que d'autres obturations en amalgame sur les dents n° 26, 27, 36 et 47.
2. Des traitements de racine étaient présents sur les dents n° 37 et 46, de même qu'une couronne céramo-métallique sur les dents n° 46.
3. Il y avait des fissures apparentes sur les parois des dents n° 16 (avec infiltrations), 26, 27, 36, 37 et 47 (cf. photos).
4. Beaucoup de collets vestibulaires étaient abrasés, avec des récessions gingivales multiples.
5. Il n'y avait, ce jour-là, aucune poche parodontale, et aucun foyer infectieux actif.

Réponses aux questions posées :

[1. L'article OPAS 19a concerne l'élimination des foyers infectieux évidents.

Les fissures des dents 37 et 47 représentent-elles des foyers évidents ?]

1. Non, les fissures des dents 37 et 47 ne représentent pas des foyers évidents. Ces fissures sont très certainement provoquées par l'ancienneté des obturations et ne posent en général aucuns problèmes infectieux. Il ne s'agit là que d'un problème mécanique, pouvant certes entraîner des douleurs à la pression, au chaud et au froid, voire une fracture d'une paroi par fatigue.

[2. L'absence de radiographies rétroactives entrave-t-elle la recherche de foyers infectieux ?]

2. Oui, l'absence de radiographies rétroalvéolaires entrave fortement la recherche de foyers infectieux, ceux-ci étant fréquemment localisés dans des zones non-détectables à l'examen clinique.

[3. Les obturations à l'amalgame peuvent-elles causer des fissures ?]

3. Oui, les obturations à l'amalgame peuvent causer des fissures. En effet, lorsqu'on enlevait une carie dans le but de l'obturer à l'amalgame, (j'utilise l'imparfait, car depuis peu, l'amalgame est interdit en Suisse) on devait préparer une cavité rétentive en contre-dépouille, avec des angles relativement aigus, pour pouvoir retenir l'amalgame, celui-ci n'étant pas collé. En effet, lors de l'obturation, l'amalgame était compacté à l'état mou dans la cavité, puis durcissait, n'étant retenu à la dent que par la forme de sa cavité rétentive. On peut dès lors aisément comprendre que cette forme peut, à long terme, créer des amorces de fissures pouvant entraîner même ce qu'on appelle en mécanique une rupture catastrophique. Preuve en est que lorsqu'on démonte pour des raisons esthétiques ou médicales (Mercure) un ancien amalgame bien conservé, on peut souvent observer des fissures sur les parois internes de la dent, surtout lorsque celles-ci sont fines.

[4. L'occlusion peut-elle être responsable des fissures ?]

4. L'occlusion n'est généralement pas responsable des fissures dans une cavité buccale, si elle est équilibrée. Associée à des dents déjà passablement délabrées comme c'est le cas chez cette patiente, un défaut d'occlusion (surocclusion ou occlusion inadéquate sur une dent) pourrait peut-être provoquer une fissure pour les mêmes raisons que j'ai invoquées à la question 3.
- [5. Le traitement parodontal envisagé, ainsi que l'extraction de la dent 17 peuvent-ils empêcher une rechute ?]
5. Non, le traitement parodontal envisagé (déjà effectué en fait) n'empêchera pas une rechute, car la réussite d'un traitement parodontal ne dépend pas que de l'aspect technique et clinique, mais surtout du degré de motivation de la patiente.
- [6. Le traitement parodontal peut-il être considéré prophylactique pour le problème vasculaire ?]
6. Oui, le traitement parodontal peut être considéré comme prophylactique pour le problème vasculaire, lorsque celui-ci est effectué avant l'intervention.  
Cependant, à l'heure actuelle, ce traitement peut aussi être considéré comme prophylactique, pour éviter des complications suite à la pose de ses shunts crâniens en 2012.
- [7. La prophylaxie fait-elle partie des prestations LAMal si une intervention vasculaire n'est pas envisagée dans l'immédiat ?]
7. Non, à mon sens, la prophylaxie ne fait pas partie des prestations LAMal, si une intervention vasculaire n'est pas envisagée dans l'immédiat.
- [8. Le délai entre l'intervention chirurgicale (décembre 2012) et les traitements actuels modifie-t-il la décision pour une prise en charge ?]
8. Oui, ce délai de 3 ans et demi entre l'intervention chirurgicale et les traitements actuels influence et peut modifier la décision pour une prise en charge, car ce traitement aurait dû être exécuté antérieurement à ce jour, même s'il n'y a, à mon avis, aucun lien de causalité entre les traitements actuels et l'intervention.
- [9. La patiente pourrait-elle ne pas soigner la parodontite si elle n'avait pas subi l'intervention vasculaire de 2012 ?]
9. Bien-sûr, la patiente pourrait ne pas soigner sa parodontite si elle n'avait pas subi l'intervention vasculaire de 2012, mais son état bucco-dentaire laisserait à désirer. La décision de faire ou ne pas faire un traitement parodontal, même lorsqu'il est nécessaire, reste toujours du ressort de la patiente.
- [10. Les différentes jurisprudences refusant les prises en charge tardives des maladies évitables après des traitements concernant les articles OPAS 19b ou 19d sont-elles applicables ? (il n'y a pas de jurisprudence pour l'article OPAS 19a).]

10. De mon point de vue, ces jurisprudences (concernant les articles OPAS 19b ou 19d) peuvent être, par analogie, applicables, également pour l'article 19a de l'OPAS.”

Le 13 juin 2016, l'assurée a transmis à M. \_\_\_\_\_ deux factures du Dr L. \_\_\_\_\_ pour des montants de 2'090 fr. 50, respectivement 721 fr. 50, se rapportant à des traitements prodigués. Elle restait en outre dans l'attente du remboursement par son assureur-maladie des factures suivantes :

- “- Facture du 26.05.2015 de M. R. \_\_\_\_\_ CHF 948.60
- Facture du 11.6.2015 du Dr V. \_\_\_\_\_ CHF 256.00
- Facture du 22.6.2015 de B. \_\_\_\_\_ GmbH CHF 95.05”

Par lettre du 23 juin 2016, M. \_\_\_\_\_ a communiqué à l'assurée son refus de prendre en charge les factures précitées dès lors que celles-ci se rapportaient aux traitements litigieux refusés par voie de décision.

Dans son avis du 6 juillet 2016, le Dr A. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'après analyse et prise de connaissance des réponses de son confrère le Dr P. \_\_\_\_\_, les soins demandés par l'assurée n'étaient pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Ils faisaient partie de ce que la loi décrit comme des maladies évitables.

Les 13 juillet et 25 août 2016, l'assurée a contesté le caractère probant des conclusions du rapport d'expertise du 8 juin 2016 du Dr P. \_\_\_\_\_, les qualifiant d'« étonnantes et subjectives ». Elle maintenait qu'en l'absence de preuves contraires, la prise en charge de ses soins dentaires était garantie par l'assurance obligatoire des soins.

Par décision sur opposition du 4 octobre 2016, M. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 10 septembre 2015, considérant que les traitements litigieux ne remplissaient pas les critères légaux pour justifier une prise en charge, les troubles dentaires annoncés n'étant pas constitutifs de maladie au sens de la LAMal. En

substance, M.\_\_\_\_\_ tenait l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ et l'avis de son médecin-conseil, le Dr A.\_\_\_\_\_, pour probants étant précisé que le Dr Z.\_\_\_\_\_ parvenait aux mêmes conclusions. Il n'y avait ainsi pas de lien de causalité entre l'intervention de 2012 et les traitements actuels. Le désaccord de l'assurée et son médecin traitant, le Dr L.\_\_\_\_\_, ne changeait rien. Par ailleurs, les soins dentaires étaient postérieurs au traitement du shunt crânien (en décembre 2012). Ils avaient eu lieu trois ans plus tard pour des maladies évitables. Il n'y avait par conséquent aucun traitement d'une maladie grave à réaliser ou à garantir à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

**B.** Par acte du 31 octobre 2016, l'assurée a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en concluant à la réforme de la décision sur opposition précitée en ce sens que les frais du traitement dentaire sont à la charge d'M.\_\_\_\_\_ depuis son début. Elle conteste la valeur probante du rapport d'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, qualifiant son contenu de calomnieux « sous le point 4 » et d'erroné « sous bon nombre de points ». Elle reproche en outre à l'expert précité une « certaine méconnaissance et incompréhension » de sa situation médicale. En annexe à son acte, elle a produit les nouvelles pièces suivantes :

- un rapport du 3 août 2016 de la plume du Dr R.\_\_\_\_\_ qui fait part à la recourante de ses remarques sur le rapport d'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, comme suit :

“Je reviens sur votre lettre du 30 juillet dernier. Vous me demandez de vous communiquer mes remarques sur le point 4 du rapport du Dr P.\_\_\_\_\_.

Si sur le sens général de ce paragraphe je peux rejoindre cet avis il n'en va cependant [pas] de même en ce qui concerne les dents 36, 37 (côté gauche en bas) et 27 (côté gauche en haut) ainsi que 47 (côté droit en bas).

Au vu des radiographies du 20/03/2014 ces quatre dents ne peuvent être qualifiées de « *passablement délabrées* » comme indiqué dans le rapport.

Ces molaires en effet ne montrent que des obturations occlusales (1 face) de petite surface (36 et 47) et légèrement plus étendue sur 37 et 27.

D'autre part, et comme déjà mentionné dans une correspondance précédente votre état bucco-dentaire n'a entre 2002 et 2014 nécessité aucun soin dans notre cabinet si ce n'est ceux déjà mentionnés soit des séances chez l'hygiéniste dentaire. ” ;

- un rapport non daté, établi à la demande de la recourante, dans lequel le Dr L.\_\_\_\_\_ se positionne en ces termes sur le rapport d'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ :

“Vous me demandez de commenter le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ du 8 juin dernier. Je ne peux m'exprimer que sur le sujet de la parodontite, qui me concerne directement.

A titre de remarque générale, je cite simplement en vrac les thèmes abordés lors du dernier congrès de la société suisse de parodontologie du jeudi 1<sup>er</sup> septembre dernier : « la parodontite et ... le diabète, le faible poids de naissance, les maladies cardiovasculaires, l'arthrite rhumatoïde, la maladie d'Alzheimer »..

Notre société spécialisée a passé un quart de son congrès à traiter ces sujets. C'est dire toute leur importance. Il est possible que dans un proche avenir, et à titre prophylactique, la parodontite devienne (enfin) une pathologie incontournable dans la prise en charge complète de notre santé à tous !

Au vu des traumatismes subis dans votre santé, il est vital de maintenir une santé parodontale parfaite pour limiter ou éviter toute bactériémie lors du simple brossage des dents ou lors de l'alimentation. Vous souffrez d'un problème mineur de parodontite et le simple bon sens implique de le traiter et de le maintenir sous contrôle. Parfaitement collaborante, vous réalisez votre part du traitement par le biais de votre hygiène parfaite et de vos visites chez l'hygiéniste.

En conclusion, vous n'avez pas le choix de faire ou pas ces soins parodontaux. Ils sont simplement indispensables.”

Dans sa réponse du 30 novembre 2016, M.\_\_\_\_\_ conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Reprenant les considérants de sa décision sur opposition du 4 octobre 2016, l'intimée ajoute que les avis des Drs R.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ produits par la recourante ne sont pas aptes à rediscuter les conclusions de l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_.

En réplique, le 7 décembre 2016, la recourante maintient ses précédentes conclusions. Elle répète qu'au vu de sa qualité, l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_ ne peut se voir attribuer valeur probante. Elle estime par

ailleurs les critiques de l'intimée envers ses dentistes traitants sans fondement et inappropriées.

Au terme de sa duplique du 14 décembre 2016, M. \_\_\_\_\_ conclut derechef au rejet du recours ainsi qu'à la confirmation de la décision attaquée.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 ; 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 a été interjeté en temps utile et 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) 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. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en

principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** La question litigieuse consiste à examiner si les soins dentaires, dont la prise en charge est demandée à l'intimée sous couvert de l'assurance-obligatoire des soins, sont nécessaires, au sens de l'art. 19 let. a OPAS.

**3.** Les traitements dentaires ne sont pas, en principe, des prestations obligatoires au sens de la loi (ATF 128 V 59 consid. 4 ; ATF 128 V 135 consid. 2). La LAMal prévoit néanmoins à l'art. 31 al. 1 LAMal des exceptions dans le domaine du risque d'assurance de la maladie, exceptions concrétisées dans les art. 18 à 19a OPAS (Ordonnance du 29 septembre 1995 sur les prestations de l'assurance des soins ; RS 832.112.31). L'art. 31 al. 2 LAMal règle la prise en charge des traitements dentaires causés par un accident.

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 127 V 332 consid. 3a et 343 consid. 3b, 124 V 194 consid. 4). Si aucun fait constitutif n'a pu être établi relevant des art. 17 à 19a OPAS, il n'existe aucune obligation de prise en charge pour le traitement dentaire concerné (ATF 126 V 319 consid. 3).

Selon l'ATF 128 V 143, consid. 4b, deux critères sont déterminants pour délimiter un traitement médical d'un traitement dentaire : le point d'application organique du traitement et le but thérapeutique visé par ce dernier. Les traitements médicaux sont des mesures thérapeutiques appliquées à l'appareil masticatoire (point

d'application organique). La procédure dentaire comprend les diagnostics et les traitements du système, masticatoire, en particulier les dents, l'appareillage de soutien des dents ainsi que les organes servant à maintenir des prothèses dentaires (ATF 120 V 194 consid. 2). Si la mesure thérapeutique vise un autre objectif que l'amélioration de la fonction dentaire ou si l'objectif du traitement ne ressort pas clairement, on doit admettre que c'est le traitement médical qui prévaut (but thérapeutique ; art. 25 LAMal), et ce, même si le traitement est appliqué sur le système de mastication (ATF 128 V 143 consid. 4b/cc).

Selon l'art. 31 al. 1 let. c LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (ATF 127 V 391 consid. 1). L'objectif premier n'est pas de guérir les atteintes du système de mastication mais de garantir le traitement adéquat d'une maladie grave qui ne saurait être compromis en raison du refus de prise en charge d'un traitement dentaire par l'assurance-maladie (TF 9C\_712/2007 du 5 février 2008 consid. 4.2 et la référence citée). Il ne se justifie en revanche pas de mettre à la charge de l'assurance-maladie des traitements dentaires réalisés postérieurement au traitement de la maladie grave (TF 9C\_712/2007 du 5 février 2008 consid. 4.2 et 4.3). Les soins en question ne sont à la charge de l'assurance-maladie que si le traitement de la maladie grave listée requiert un soin dentaire préalable (TF 9C\_675/2007 du 6 février 2008 consid. 4.2).

L'art. 19 let. a OPAS stipule que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires pour réaliser et garantir les traitements médicaux (*die zur Unterstützung und Sicherstellung der ärztlichen Behandlungen notwendig sind*) lors [...] de shunt crânien.

**4. a)** L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (principe de la libre appréciation des preuves, cf. art. 61 let. c LPGA).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, ceci en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b; TF 8C\_624/2014 du 19 décembre 2014 consid. 5.4.2, 8C\_368/2013 du 25 février 2014 consid. 4.2.4, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C\_1001/2012 du 29 mai 2013 consid. 2.2 et 9C\_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 8C\_624/2014 du 19 décembre 2014 consid. 5.4.2, 9C\_205/2013 du 1<sup>er</sup> octobre 2013 consid. 3.2, 9C\_137/2013 du 22 juillet 2013 consid. 3.1, 9C\_66/2013 du 1<sup>er</sup> juillet 2013 consid. 4, 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.1, 6C\_658/2008 et 8C\_662/2008 du 23 mars 2009 consid. 3.3.1).

Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. Cependant, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à

celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2/2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2 et 9C 91/2008 du 30 septembre 2008).

**b)** La jurisprudence attache une présomption d'objectivité aux expertises confiées par l'administration à des médecins spécialistes externes, ainsi qu'aux expertises judiciaires pour résoudre un cas litigieux. Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.1.1, 9C\_631/2012 du 9 novembre 2012 consid. 3, 9C\_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée). Lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b, 352 consid. 3b/aa et les références ; TF 9C\_803/2013 du 13 février 2014 consid. 3.1, 9C\_298/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2 et 9C\_603/2009 du 2 février 2010 consid. 3.2).

**c)** Enfin, s'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut également leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, et les références citées ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

**5.** En l'occurrence, l'intimée a retenu - suivant en ce sens les avis de son médecin-conseil ainsi que l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_ - que les traitements ne font pas partie des prestations obligatoires, si une intervention vasculaire n'est pas envisagée dans l'immédiat. L'expert a conclu à l'inexistence d'un lien de causalité entre l'intervention de décembre 2012 et les soins dentaires demandés.

La recourante conteste ce point de vue. Elle soutient que le rapport d'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_ ne saurait se voir attribuer valeur probante d'une part, en raison de sa qualité même et, d'autre part, vu ses contradictions avec les autres pièces médicales, en particulier les avis contraires postérieurs des dentistes traitants, à savoir celui du 3 août 2016 du Dr R. \_\_\_\_\_ et celui non daté du Dr L. \_\_\_\_\_. La recourante en infère que ses soins dentaires sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins.

Dans son avis du 19 août 2015, le Dr A. \_\_\_\_\_ relève l'absence d'utilité d'éliminer des foyers actifs et potentiels en 2012 et considère qu'il n'en existait pas à cette époque-là. Il observe également des obturations dont le nombre et la grandeur peuvent considérablement augmenter le risque de fissures, avec des problèmes d'articulation mandibulaire susceptibles de s'y ajouter. Il nie que les soins dentaires soient liés à la pathologie vasculaire, les rattachant à la mastication et à la présence d'obturations métalliques.

Cette appréciation est corroborée à lecture de l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_ qui impute les fissures des dents 37 et 47 de sa patiente à une suroccclusion manifeste (cf. devis du 18 août 2015). D'autre part et comme l'assurée l'indique elle-même à l'appui de sa demande de prise en charge du 11 janvier 2015, son dentiste a constaté une première fissure de dent en 2013, puis une seconde en 2014 seulement. Le rapport de densitométrie osseuse du 24 mars 2015 conclut à une ostéopénie lombaire et fémorale de l'intéressée, favorisant l'apparition de fissures aux dents.

A la suite de l'opposition de l'assurée, la caisse-maladie s'est procurée des informations complémentaires auprès des dentistes consultés par l'intéressée. S'estimant insuffisamment renseignée, elle a ensuite mandaté expert le Dr P.\_\_\_\_\_. Ce spécialiste a examiné l'expertisée à son cabinet. Au terme d'observations et d'investigations fouillées, il a rendu son rapport le 8 juin 2016. L'expert note un état buccal déjà passablement délabré avec des fissures apparentes sur les parois des dents n° 16, 26, 27, 36, 37 et 47. Il estime que les fissures des dents 37 et 47 étaient certainement provoquées par l'ancienneté des obturations sans problème infectieux mais uniquement mécanique (douleurs à la pression, au chaud et au froid, voire une fracture d'une paroi par fatigue). Il confirme que les obturations à l'amalgame peuvent causer des amorces de fissures sur le long terme à même d'entraîner, ce que l'on appelle en mécanique, une rupture catastrophique. Associé à des dents déjà passablement délabrées comme chez la recourante, l'expert estime par ailleurs qu'un défaut d'occlusion (surocclusion ou occlusion inadéquate sur une dent) est susceptible de provoquer une fissure pour des motifs identiques à ceux évoqués en lien avec l'amalgame. Le traitement parodontal ayant été effectué après le problème vasculaire, il ne saurait être prophylactique selon le Dr P.\_\_\_\_\_. Sans pouvoir empêcher une rechute, le traitement parodontal (avec l'extraction de la dent 17) pouvait néanmoins être considéré comme prophylactique, pour éviter des complications suite à la pose des shunts crâniens en 2012. Fort de ses constatations, l'expert retient que la prophylaxie n'était pas à la charge de l'assurance obligatoire des soins dès lors qu'une intervention n'était pas envisagée dans l'immédiat. Il précise que si les traitements actuels auraient dû être exécutés plutôt que trois ans et demi depuis l'intervention chirurgicale de décembre 2012 et que même si un tel délai peut influencer et modifier la décision pour une prise en charge, il n'y a, à son avis, aucun lien de causalité entre ces traitements actuels et l'intervention précitée. L'assurée était libre de soigner ou non sa parodontite si elle n'avait pas subi l'intervention vasculaire de 2012, étant entendu que dans la négative son état bucco-dentaire laisserait à désirer.

Le 6 juillet 2016, le Dr A.\_\_\_\_\_ a fait siennes les constatations et les conclusions de l'expert mandaté. Il a retenu en définitive que les soins demandés n'étaient pas à la charge de la LAMal mais liés à des maladies évitables au sens légal.

Les opinions recueillies par l'intimé avant le rapport d'expertise du 8 juin 2016, à savoir les avis du 3 novembre 2015 du Dr R.\_\_\_\_\_, du 11 décembre 2015 du Professeur G.\_\_\_\_\_, du 14 janvier 2016 du Dr L.\_\_\_\_\_ et du 3 février 2016 du Professeur X.\_\_\_\_\_ n'apportent aucun élément de nature à mettre en doute les conclusions de l'expert. Le Dr R.\_\_\_\_\_ et les Professeurs G.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_ ne se prononcent pas sur l'existence d'un lien de causalité entre les soins dentaires (fissures des dents 37 et 47 et les soins parodontaux) et l'intervention chirurgicale (shunt crânien) de décembre 2012. Seul le Dr L.\_\_\_\_\_ soutient avoir observé que la parodontite « infectieuse » aurait impérativement dû être traitée avant le shunt crânien. Etant donné l'urgence, cette affection n'avait toutefois pas pu être soignée à temps, de sorte que les traitements actuels relevaient de l'assurance-maladie. Cet avis doit d'emblée être admis avec réserve puisque durant toute l'année 2012 aucun traitement concernant l'élimination de foyer n'a été effectué et qu'il existe un délai de trois ans et demi entre l'intervention chirurgicale et les traitements dont il est demandé remboursement, ce qui fait douter de l'urgence alléguée par le Dr L.\_\_\_\_\_. En outre, le Dr L.\_\_\_\_\_ affirme que les traitements actuels sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins sans étayer son opinion par des éléments médicaux objectifs. La multitude d'avis contraires au dossier, dont en particulier l'expertise probante postérieure du Dr P.\_\_\_\_\_, interdisent d'attribuer une valeur probante au rapport isolé, et non documenté, du dentiste de la recourante.

Dans son avis du 3 août 2016, le Dr R.\_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément de nature à mettre en doute le bien-fondé des constatations et des conclusions du rapport d'expertise du 8 juin 2016. En effet, il exprime uniquement son point de vue à la question de savoir si l'occlusion est responsable des fissures observées chez sa patiente. Même s'il mentionne un état bucco-dentaire ayant nécessité aucun soin entre 2002 et 2014 à

l'exception de séances chez l'hygiéniste dentaire, il demeure que ce dentiste constate des obturations occlusales des molaires, de petites surfaces (dents n° 36 et 47) et légèrement plus étendues (dents n° 37 et 27). Or la présence d'obturations peut causer des fissures aux dents, surtout lorsque celles-ci sont fines (cf. rapport d'expertise du 8 juin 2016, Rép. 3). Cela étant, on ne peut que rejoindre l'avis du Dr P. \_\_\_\_\_ qui constate que les fissures des dents 37 et 47 de l'assurée sont certainement provoquées par l'ancienneté des obturations et qu'elles ne posent en général aucuns problèmes infectieux mais uniquement mécaniques (cf. rapport d'expertise du 8 juin 2016, Rép. 1).

Quant au Dr L. \_\_\_\_\_, dans son avis non daté, il retranscrit d'abord les réflexions du congrès annuel de la société suisse de parodontologie sur la prise en charge, dans le futur et à titre prophylactique, du traitement de la parodontite. Le dentiste traitant insiste ensuite sur la nécessité pour la recourante de faire ses soins parodontaux pour le maintien de sa santé afin d'éviter toute bactériémie lors du simple brossage des dents ou lors de l'alimentation. Or comme l'observe l'intimée, ce point n'est pas litigieux, la question litigieuse étant uniquement celle de savoir si les soins réalisés sont nécessaires, au sens de l'art. 19 let. a OPAS, pour réaliser et garantir les traitements médicaux de l'atteinte vasculaire (le shunt crânien). La jurisprudence du Tribunal fédéral précise qu'il ne se justifie pas de mettre à charge de l'assurance-maladie des traitements dentaires réalisés postérieurement au traitement de la maladie grave. De plus, ces traitements dentaires ne sont à charge de l'assurance-maladie que si le traitement de la maladie grave listée exige un soin dentaire préalable ou en cours de traitement. Du reste, le texte légal précise clairement que les traitements dentaires ne sont pris en charge que pour réaliser et garantir le traitement lors du shunt crânien. Or, ce dernier a eu lieu en décembre 2012, alors que les traitements ont eu lieu plus de trois ans plus tard pour des maladies évitables. Ainsi, il n'existe actuellement aucun traitement d'une maladie grave à réaliser ou à garantir. Or, aucune intervention vasculaire n'est envisagée dans l'immédiat qui justifierait une prophylaxie. Le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ n'est donc pas déterminant pour l'issue du présent litige.

Finalement, en l'absence d'éléments objectifs - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause leur bien-fondé, les conclusions approfondies de l'expert P.\_\_\_\_\_, intégralement partagées par le médecin-conseil de l'intimée dans son avis du 6 juillet 2016, sont convaincantes et doivent être suivies. En conséquence, c'est à juste titre que l'intimée a confirmé sa décision du 10 septembre 2015, considérant que les traitements litigieux ne remplissaient pas les critères légaux pour justifier une prise en charge au sens de l'assurance obligatoire des soins, faute de remplir en particulier les conditions de l'art. 19 let. a OPAS.

**6. a)** Il résulte de ce qui précède que la décision sur opposition du 4 octobre 2016, par laquelle M.\_\_\_\_\_ a confirmé son refus de prise en charge des frais dentaires de la recourante au titre de l'assurance obligatoire des soins, échappe à la critique. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**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, la recourante - au demeurant non assistée des services d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts - n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la juge unique  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision sur opposition rendue le 4 octobre 2016 par M.\_\_\_\_\_ est confirmée.

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

La juge unique :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- W. \_\_\_\_\_,
- M. \_\_\_\_\_,
- 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).

Le greffier :