

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 22 décembre 2017

---

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, juge unique  
Greffière : Mme Mestre Carvalho

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Lorraine Ruf, avocate à Lausanne,

et

**Q.** \_\_\_\_\_ [...] **SA**, à [...], intimée.

---

**Art. 43 al. 1 LPGA ; art. 31 al. 1 LAMal.**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré), né en 1958, est assuré auprès de Q.\_\_\_\_\_ [...] SA (ci-après : Q.\_\_\_\_\_) pour l'assurance obligatoire des soins. Dans ses antécédents, il a présenté une maladie de Hodgkin en 1985 traitée par radiothérapie, puis une récurrence en 1988 soignée par chimiothérapie avec rémission complète.

**B.** Le 25 février 2008, les Drs W.\_\_\_\_\_, spécialiste en oncologie et hématologie, et H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et oncologie, ont adressé au médecin-conseil de Q.\_\_\_\_\_ un rapport dont on extrait ce qui suit :

"Le patient a présenté en 1985 une maladie de Hodgkin de type sclérose nodulaire correspondant à un stade IIa, avec une localisation sus-claviculaire gauche et des localisations médiastinales. [...]

Le patient a alors reçu une radiothérapie en mantelet avec irradiation du cou comprenant la mâchoire inférieure, avec irradiation par une barre aortique de la partie sous-diaphragmatique. En 1988, le patient a présenté une récurrence abdominale de cette maladie de Hodgkin qui a été mise en rémission complète et guérie par une chimiothérapie d'Endoxan, d'Oncovin, de Natulan, de Prednisone, en alternance avec de l'Adriamycine, du Velbe, de la Bléomycine et de la Dacarbazine, en traitement alterné pour un total de 6 cures. Dans les suites de ce traitement, le patient présente une sécheresse sévère des muqueuses buccales, très incomplètement régressive, [...].

[...]

Dans la mesure où le patient présente une sécheresse sévère des muqueuses buccales consécutive à un traitement oncologique, les problèmes dentaires sont très certainement augmentés malgré un suivi régulier.

[...]"

**C.** Le 16 février 2016, I.\_\_\_\_\_ Clinique Dentaire a adressé à Q.\_\_\_\_\_ un avis de lésions dentaires, pour un traitement devisé à 32'530 fr. - soit 19'593 fr. 25 facturés par ladite clinique et 12'936 fr. 75 facturés par le Laboratoire S.\_\_\_\_\_.

Par correspondance du 10 mars 2016, Q.\_\_\_\_\_ a fait savoir à I.\_\_\_\_\_ Clinique Dentaire qu'elle refusait la prise en charge du traitement susdit, celui-ci ne correspondant pas, de l'avis du service médical de l'assurance, aux dispositions réglementaires applicables en la matière.

Le 20 septembre 2016, l'assuré, sous la plume de son conseil, a écrit à Q.\_\_\_\_\_ en soulignant que les soins dentaires dont il avait besoin découlaient des conséquences du lymphome de Hodgkin dont il avait souffert par le passé, le traitement dispensé ayant laissé de lourdes séquelles se manifestant notamment par une hyposialie. L'intéressé a ajouté que Q.\_\_\_\_\_ avait précédemment pris en charge les frais découlant du traitement de cette atteinte dès les années 2000, en particulier le 7 mai 2010. Aussi n'y avait-il pas de raison de refuser la prise en charge aujourd'hui, la situation n'ayant guère évolué. L'assuré a encore demandé à ce qu'une décision formelle lui soit notifiée en cas de refus.

Par décision du 2 décembre 2016, Q.\_\_\_\_\_ a refusé la prise en charge des lésions dentaires à l'origine de l'avis du 16 février 2016. L'assurance a en particulier observé que le traitement envisagé consistait pour le maxillaire en « *6 facettes sur les dents 13 à 23 (méthode indirecte), 12 facettes (?) sur les dents 13 à 23 (méthode directe), 6 couronnes céramo-métalliques sur les dents 14, 15, 17, 24, 25, et 27, 2 overlays sur les dents 16 et 26* » et que, pour la mandibule, le traitement prévoyait « *6 facettes sur les dents 33 à 43 (méthode indirecte), 12 facettes (?) sur les dents 33 à 43 (méthode directe), ainsi que la confection d'une gouttière de surélévation occlusale* ». Se référant à l'appréciation de son médecin-dentiste conseil, elle a relevé que, selon le rapport du Dr W.\_\_\_\_\_, les traitements oncologiques avaient contribué à une sécheresse sévère des muqueuses qui augmentait les problèmes dentaires de l'intéressé mais ne les provoquait pas ; en outre, l'examen des radiographies montrait que ce dernier présentait une usure dentaire « *diffuse* » localisée principalement sur les secteurs antérieurs (bloc incisivo-canin) - signe pathognomonique d'un bruxisme. Par ailleurs, Q.\_\_\_\_\_ a estimé que l'on ne pouvait justifier la confection de douze

facettes sur les dents 13 à 23 et douze facettes sur les dents 33 à 43, alors que six facettes céramiques étaient déjà prévues sur ces dents. A cela s'ajoutait que les dents 14, 15 et 24 étaient intacts, voire munies d'une petite restauration, et qu'il était ainsi difficilement justifiable de confectionner des couronnes sur ces dents. Le traitement proposé n'étant ni efficace, ni adéquat, ni économique, l'assurance en a déduit que la prise en charge de celui-ci n'incombait pas à l'assurance obligatoire des soins.

A cette décision était joint un avis médical du 1<sup>er</sup> décembre 2016 du Dr Z.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste conseil de Q.\_\_\_\_\_, libellé notamment comme suit :

"Constatations / remarques particulières :

Le patient nommé ci-dessus a développé une maladie de Hodgkin en 1985, traitée par radiothérapie, puis une récurrence de sa maladie de Hodgkin en 1988, traitée par chimiothérapie. Selon la lettre du Dr. W.\_\_\_\_\_, ces traitements oncologiques ont contribué à une sécheresse sévère des muqueuses, augmentant les « problèmes » dentaires de M. A.\_\_\_\_\_, mais ne les provoquant pas.

Selon les radiographies à disposition, le patient présente une usure dentaire « diffuse » ( ?), localisée principalement sur les secteurs antérieurs (bloc incisivo-canin) (2016).

La relation entre la maladie de Hodgkin, les traitements oncologiques consécutifs et l'usure dentaire « diffuse » est plus que discutable et ne peut être établie avec un degré de vraisemblance prépondérant.

En effet, l'usure que présente [M]. A.\_\_\_\_\_ n'est pas une usure diffuse qui touche les deux arcades dentaires et tous les secteurs antérieur et postérieur. L'usure est localisée principalement au niveau des secteurs antérieur (bloc incisivo-canin) et ce signe clinique est pathognomonique d'un bruxisme. [...]

Pensez-vous qu'il s'agisse d'une prise en charge adéquate, efficace et économique ? A mon avis, non.

Comment I.\_\_\_\_\_ Clinique Dentaire justifie-t-elle la confection de 12 facettes (recouvrements en résine directe) sur les dents 13 à 23 et 12 facettes sur les dents 33 à 43, alors que déjà 6 facettes céramiques sont prévues sur ces 12 dents (13 à 23 et 33 à 43) ? Comment justifier la confection de couronnes CCM sur les dents 14, 15 et 24 ? Ces dents sont intactes voire munies d'une petite restauration. La taille d'une dent est une méthode de traitement relativement invasive qui ne ménage pas les tissus dentaires. Les tendances thérapeutiques actuelles penchent plutôt vers une conservation maximale des tissus dentaires. La confection de couronne sur ces dites dents est donc à éviter.

A mon avis et selon la littérature, le traitement proposé n'est ni efficace, ni adéquat, ni économique. [...]

Conclusion :

L'Assureur [...] n'est pas tenu de rentrer en matière dans la prise en charge des traitements actuels proposés par I. \_\_\_\_\_ Clinique [D]entaire. La relation entre les dégâts constatés sur les dents du patient su[sn]ommé et la maladie de Hodgkin ne peut être établie avec un degré de vraisemblance prépondérant. L'usure constatée est pathognomonique d'un bruxisme et non d'une xérostomie. Par ailleurs, le traitement proposé par I. \_\_\_\_\_ Clinique [D]entaire ne répond pas un traitement efficace, adéquat et économique."

Par acte de son conseil du 20 janvier 2017, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée. Il a en particulier fait valoir que les traitements entrepris pour soigner sa maladie de Hodgkin en 1985 puis 1987 [sic] avaient provoqué une hyposialie importante (manque de salive) engendrant une xérostomie (état de sécheresse de la bouche et de la langue). Pour l'intéressé, il s'agissait sans conteste d'une séquelle de sa maladie, séquelle pour laquelle les traitements dentaires idoines avaient été pris en charge par l'assurance en 2000 et 2009. Or, la situation n'avait pas changé depuis les précédentes prises en charge. L'assuré a en outre contesté l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_, se référant à l'avis obtenu pas un médecin-dentiste tiers et requérant la mise en œuvre d'une expertise dentaire.

A l'appui de l'opposition a été produit un rapport du 17 janvier 2017 du Dr J. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste, dont on extrait ce qui suit :

"A l'examen, Monsieur A. \_\_\_\_\_ présente une denture en relativement en bon état, bien soignée, très bien entretenue (bonne hygiène) et présentant une dizaine d'obturations (amalgame et composite) au niveau des molaires/prémolaires. Une dent (la 17) est dévitalisée. Le parodonte est sain (pas de « déchaussement »).

Au niveau des dents postérieures on observe une usure qui est marquée mais encore dans la norme. La comparaison entre mes radios du 06.01.2017 et des radios que j'ai pu obtenir de 1995 ne montre d'ailleurs pas de dégradation remarquable. Il en va autrement des zones antérieures (blocs incisives-canines supérieurs et inférieurs), qui présentent une perte de substance (perte de l'émail par zone avec exposition de la dentine) sévère (cf[.] mes photos), ainsi que plusieurs réparations en composite.

L'étiologie de cette dégradation n'est pas claire, et ne ressort pas de l'anamnèse. Il peut s'agir d'érosion (attaque chimique, alimentaire

ou reflux gastrique), d'attrition (frottement des dents les unes aux autres) ou d'abrasion (usure par l'action abrasive d'aliments ou de produits accessoires d'hygiène). Ou souvent d'une combinaison des trois.

Dans le cas précis le manque de salive peut constituer un facteur causal ou aggravant par 1. perte de la lubrification augmentant l'effet délétère de tous les facteurs contribuant à l'usure 2. perte de l'effet reminéralisant et tampon augmentant l'action destructrice des facteurs contribuant à l'érosion. 3. perte de la pellicule acquise protectrice.

Le professeur D. \_\_\_\_\_, [...], à qui j'ai présenté le cas me confirme que la perte de substance est en grande partie d[u]e à l'érosion et que le manque de salive constitue un facteur aggravant par la perte de son effet protecteur.

Par ailleurs je ne partage pas l'assurance de mon collègue sur l'aspect « pathognomonique d'un bruxisme » des usures constatées (voir commentaire du professeur D. \_\_\_\_\_ ci-dessus).

Par exemple la perte d'émail palatine, ou encore aux collets, ne s'explique pas seulement par le frottement des dents, le rapport occlusal ne le permettant pas. Il y a une érosion, et la xérostomie augmente la susceptibilité à cette érosion.

En l'état des connaissances je ne puis établir un lien de causalité certain et direct xérostomie-érosion, mais en tout cas favorisant [...]. A ce titre une prise en charge de soins appropriés par l'assurance de base peut être revendiquée.

Qu'entend-on par soins appropriés ?

La clinique I. \_\_\_\_\_ propose avec son formulaire LAMal du 16.02.2016, un traitement de restauration dentaire très conséquent et coûteux (plus de 32'000.-), parfaitement résumé dans le document du Dr Z. \_\_\_\_\_ daté du 1<sup>er</sup> décembre 2016.

Les réserves émises par le Dr Z. \_\_\_\_\_ quant à [l']« invasivité » du traitement et son caractère peu conservateur sont pertinentes.

Il n'est en effet pas judicieux d'entreprendre des traitements de caractère irréversible et « agressif » (comme des couronnes) dans un tel contexte.

Il est à noter, je l'ai vérifié, que le patient n'est en rien demandeur d'un tel traitement. D'un point de vue purement médical (hormis les aspects coûts / assurance), la retenue thérapeutique est préférable. Monsieur A. \_\_\_\_\_ l'a parfaitement compris et admis.

Il est donc correct de la part de l'assurance de refuser le plan de traitement au motif qu'il n'est ni adéquat, ni efficace, ni économique.

En revanche, comme dit plus haut, le lien entre la dégradation dentaire constatée (incisives/canines) et la xérostomie ne saurait être évacué[.]

Il ne s'agit pas d'un lien de causalité direct mais d'un facteur favorisant. On peut écrire : « avec une salivation normale les lésions dentaires érosives de Monsieur A. \_\_\_\_\_ seraient bien moindres ».

Dès lors, je suggère qu'il soit demandé [...] de prendre en charge des mesures restauratrices simples, à savoir l'application soigneuse de résine composite aux niveaux des zones dentaires les plus usées :

- collets et faces vestibulaires supérieures (de 14 à 24)
- collets et bords incisaux inférieurs (de 34 à 43)
- faces palatines (de 13 à 23)
- réfection de gouttière de fluoruration si nécessaire

Le budget devrait se monter à environ 2-3000.-

Ce plan de traitement est à chiffrer et définir précisément."

Par envoi du 10 mars 2017, l'assuré a fait parvenir à Q. \_\_\_\_\_ les pièces suivantes :

- une attestation médicale du 17 février 2017 du Dr L. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, exposant que le traitement de radiothérapie et chimiothérapie de la maladie de Hodgkin avait eu pour suite des complications au niveau des muqueuses avec une atteinte inflammatoire pulmonaire entraînant une toux chronique dans un contexte de sécheresse post-radique et une hyposalivation, laquelle avait occasionné des problèmes dentaires dont la relation de cause à effet avec le traitement était tout à fait classique ;

- un devis pour des soins dentaires établi le 21 février 2017 par le Dr B. \_\_\_\_\_, médecin-dentiste, pour un montant total de 9'095 fr. 30 ;

- un rapport du 1<sup>er</sup> mars 2017 du Dr C. \_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service d'oto-rhino-laryngologie des Hôpitaux [...] (ci-après : Hôpitaux F. \_\_\_\_\_), indiquant qu'une sialométrie réalisée sur l'assuré avait obtenu un résultat de « 0,67 gr/ 6 min (valeur normale  $\geq$  2 gr/ 6 min) » et comportant la mention manuscrite « → *pathologique* ».

Par décision sur opposition du 27 juin 2017, Q. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé son précédent prononcé. Se fondant sur un avis de son médecin-dentiste conseil, l'assurance a retenu pour

l'essentiel que la relation entre les dégâts constatés et la maladie de Hodgkin ne pouvait pas être établie avec un degré de vraisemblance prépondérante, l'usure constatée étant due à un bruxisme et non à une xérostomie. Aussi y avait-il lieu de refuser tant la prise en charge du traitement devisé à 32'530 fr. par I. \_\_\_\_\_ Clinique Dentaire, que celle du traitement évalué à 9'095 fr. 30 par le Dr B. \_\_\_\_\_. En annexe, figurait un avis établi le 22 juin 2017 par le Dr Z. \_\_\_\_\_, exposant notamment ce qui suit :

"Traitements :

- Maxillaire : 6 facettes en composite sur les dents 13 à 23 - méthode directe  
6 restaurations palatines en composite sur les dents 13 à 23 - méthode directe  
14, 15, 16, 17 : restaurations en composite - méthode directe  
24, 25, 26, 27 : restauration en composite - méthode directe  
6 CCM sur les dents 14, 15, 17, 24, 25, 27  
2 overlays sur les dents 16 et 26
- Mandibule : 41, 42, 43, 44, 45, 46 : restaurations en composite - méthode directe  
31, 32, 33, 34, 36, 37 : restaurations en composite - méthode directe
- Séance de détartrage et fluoration

Constatations / remarques particulières :

[...]

L'étiologie de l'érosion dentaire et [sic] multifactorielle et dépend de nombreux facteurs intrinsèques, dépendant du patient et extrinsèques (facteurs nutritionnels). [...]

La sialométrie effectuée chez le patient le 01.03.2017 démontre une valeur pathologique et indique clairement que le patient présente un manque de salive. Il est reconnu que « la salive joue un rôle marquant au cours de l'érosion ». [...] Né[an]moins, au v[u] de l'usure des dents, je maintiens mon avis du 01.12.2016 et estime que le manque de salive seul ne provoque pas les dégâts dentaires constatés.

En effet, l'usure que présente M. A. \_\_\_\_\_ n'est pas une usure diffuse qui touche les deux arcades dentaires et tous les secteurs antérieur et postérieur. L'usure est localisée principalement au niveau des secteurs antérieur (bloc incisivo-canin) et ce signe clinique est pathognomonique d'un bruxisme. [...]

Par conséquent, il n'est pas justifié de considérer que le manque [...] de salive présenté par le patient représente l'unique cause ayant

provoqué les dégâts dentaires constatés. Tous les traitements dentaires nécessaires à compenser les pertes de substances dentaires dont souffre le patient ne dépendent pas que du manque de salive consécutif à la maladie de Hodgkin traitée par radiothérapie chimiothérapie.

Par rapport au traitement proposé par I. \_\_\_\_\_ (plus de 20000.00 CHF), la prise en charge établie par le Dr. B. \_\_\_\_\_ est sensiblement moins coûteuse (9095.30 CHF). Néanmoins, je souligne que premièrement, le Dr. B. \_\_\_\_\_ a adressé l'estimation d'honoraires de 9095.30 CHF à l'intention de M. A. \_\_\_\_\_ et non à l'Assureur. Deuxièmement, le prix du point établi dans son devis du 21.02.2017 est à 3.80 CHF et non à 3.10 CHF comme convenu lors d'une demande de prise en charge par une Assurance. Cela démontre bien que même le Dr. B. \_\_\_\_\_ considère que le cas de son patient ne rentre pas dans le cadre d'une prise en charge par une Assurance.

L'obje[ctif] des traitements proposés soit par I. \_\_\_\_\_, soit par le Dr. B. \_\_\_\_\_ est le même : réaliser une surélévation de l'occlusion (allongement des dents localisé[e]s dans les secteurs postérieures) afin de compenser les pertes de substances dentaires constatées dans les secteurs antérieu[r]s. I. \_\_\_\_\_ propose une méthode de traitement indirecte qui explique des coûts de traitement élevés. Le Dr. B. \_\_\_\_\_ propose une méthode de traitement directe plus économique [...].

Conclusion :

L'Assureur [...] n'est pas tenu de rentrer en matière dans la prise en charge des traitements actuels proposés par le Dr. B. \_\_\_\_\_. La relation entre les dégâts constatés sur les dents du patient su[sn]ommé et la maladie de Hodgkin ne peut être établi avec un degré de vraisemblance prépondérant. L'usure constatée est pathognomonique d'un bruxisme - responsable avant tout des dégâts dentaires constatés - et non d'une xérostomie. Le manque de salive démontré par la sialométrie est un des facteurs qui peut être imputé à l'usure des dents constaté[e] mais non l'unique facteur justifiant une prise en charge totale et sur le long terme de tous les traitements dentaires. Relativement au bruxisme et selon les lésions dentaires présentées par M. A. \_\_\_\_\_, la xérostomie n'est pas la condition qui a amené aux pertes de substances dentaires constatées."

**D.** Agissant par l'entremise de son conseil, A. \_\_\_\_\_ a recouru le 31 août 2017 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition précitée, concluant à sa réforme et, principalement, à la prise en charge par Q. \_\_\_\_\_ du traitement devisé à 7'491 fr. 85 le 28 août 2017 par le Dr B. \_\_\_\_\_ pour ses lésions dentaires érosives, subsidiairement à la prise en charge du traitement devisé par un médecin-dentiste du choix de l'assureur pour ses lésions dentaires érosives. A titre de mesure d'instruction, il a requis la mise en

œuvre d'une expertise. Sur le fond, le recourant fait valoir qu'à tout le moins deux fois par le passé, l'intimée a pris en charge les frais de traitements dentaires visant à soigner les lésions causées par l'hyposialie et la xérostomie dont il est atteint. Or, l'assureur soutient désormais que les lésions en cause sont dues à un bruxisme et qu'elles ne peuvent être prises en charge par l'assurance obligatoire des soins faute de lien de causalité avec les traitements par radiothérapie et chimiothérapie subis pour soigner la maladie de Hodgkin. Le recourant estime toutefois que cette appréciation du médecin-dentiste conseil de Q.\_\_\_\_\_ est contredite par celle du Dr W.\_\_\_\_\_, du Dr J.\_\_\_\_\_ ou encore du Dr L.\_\_\_\_\_. Il considère ainsi qu'en présence d'avis médicaux divergents, l'assureur se devait de faire procéder à une expertise sur la question du lien de causalité entre les lésions dentaires présentées et les traitements administrés par radiothérapie et chimiothérapie. Le recourant allègue en outre que le traitement proposé par le Dr B.\_\_\_\_\_ est efficace et approprié, de même qu'économique. Il précise enfin que ce praticien a établi un nouveau devis le 28 août 2017 au tarif applicable à l'assurance obligatoire des soins, pour un montant de 7'491 fr. 85 au total.

A l'appui de son recours, A.\_\_\_\_\_ a produit un onglet de pièces comportant, entre autres, le devis précité du 28 août 2017, deux courriers de Q.\_\_\_\_\_ des 7 mai 2010 et 2 octobre 2013 concernant la prise en charge de traitements dentaires, divers devis établis par I.\_\_\_\_\_ Clinique Dentaire en 2012, ainsi qu'une « *Liste des soins du patient [...]A.\_\_\_\_\_* » allant du 6 novembre 2003 au 22 mai 2006.

Appelée à se déterminer sur le recours, l'intimée expose, par acte du 24 octobre 2017, que le cas a été transmis au secteur compétent afin de trouver l'expert idéal pour effectuer l'expertise requise par le recourant. Elle sollicite conséquemment la suspension de la procédure jusqu'à l'obtention de l'avis de l'expert et précise qu'elle transmettra ensuite sa réponse au recours.

Prenant position le 3 novembre 2017, le recourant soutient qu'il n'y a aucune raison pour que l'expertise soit réalisée par Q.\_\_\_\_\_,

sans sa participation s'agissant notamment du choix de l'expert. Partant, il requiert que la procédure suive son cours et qu'un délai soit rapidement fixé à l'intimée pour sa déposer sa réponse au recours.

### **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 en principe à l'assurance-maladie (cf. 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 (cf. art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (cf. art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, interjeté dans le respect du délai et des autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable à la forme.

**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 (cf. art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (cf. art. 93 let. a LPA-VD). De valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164 consid. 2.1 et 125 V 413 consid. 2c).

**b)** Si, en procédure administrative, le recourant a demandé la prise en charge des soins dentaires évalués le 16 février 2016 à 32'530 fr. par I. \_\_\_\_\_ Clinique Dentaire, puis estimés le 21 février 2017 à 9'095 fr. 30 par le Dr B. \_\_\_\_\_, il ressort en revanche du mémoire de recours du 31 août 2017 que, devant la juridiction de céans, seule est litigieuse la prise en charge, par l'intimée, des frais induits par le traitement dentaire tel que résultant du devis du Dr B. \_\_\_\_\_ du 28 août 2017, à concurrence de 7'491 fr. 85.

**3. a)** Selon l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins 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.

**b)** Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en corrélation avec l'art. 33 let. d OAMal (ordonnance du 27 juin 1995 sur l'assurance-maladie ; RS 832.102), le Département fédéral de l'Intérieur (ci-après : le DFI) a édicté les art. 17 à 19a OPAS (ordonnance du 29 septembre 1995 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 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 (au sens de l'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. L'art. 19 OPAS prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires aux

traitements de certains foyers infectieux bien définis au sens de l'art. 31 al. 1 let. c LAMal, en particulier lors d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie d'une pathologie maligne (cf. art.19 let. c OPAS). Enfin l'art. 19a OPAS règle les conditions de la prise en charge des frais dentaires occasionnés par certaines infirmités congénitales.

Selon une jurisprudence constante, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie selon les art. 17 à 19a OPAS est exhaustive (cf. ATF 130 V 464 consid. 2.3 et les arrêts cités ; cf. TF 9C\_316/2013 du 25 février 2014 consid. 3).

**4. a)** Aux termes de la décision attaquée, l'intimée a refusé la prise en charge du traitement dentaire litigieux au motif que la relation entre les dégâts constatés et la maladie de Hodgkin ne pouvait être établie au degré de la vraisemblance prépondérante. A cet égard, elle s'est notamment fondée sur l'avis de son médecin-dentiste conseil, le Dr Z.\_\_\_\_\_, pour lequel l'usure constatée était pathognomonique d'un bruxisme (cf. avis médicaux des 1<sup>er</sup> décembre 2016 et 22 juin 2017).

Le recourant, pour sa part, a fait valoir qu'à la suite des traitements par radiothérapie (1985) et chimiothérapie (1988) administrés pour traiter la maladie de Hodgkin, il avait développé une hyposialie ayant elle-même engendré une xérostomie et que c'était cette situation qui était à l'origine du traitement dentaire dont la prise en charge était requise - étant souligné que par le passé, des traitements dentaires avaient été pris en charge par Q.\_\_\_\_\_ dans cette constellation, au titre de l'assurance obligatoire des soins. Le recourant s'est à cet égard notamment prévalu d'un rapport du 25 février 2008 des Drs W.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_, indiquant que, dans la mesure où le patient présentait une sécheresse sévère des muqueuses buccales consécutive à un traitement oncologique, les problèmes dentaires étaient très certainement augmentés malgré un suivi régulier. L'assuré a également tiré argument d'un rapport du 17 janvier 2017 du Dr J.\_\_\_\_\_, dans lequel ce spécialiste signalait notamment une perte de substance sévère au niveau des zones antérieures, dégradation

dont l'étiologie n'était pas claire (érosion, attrition, abrasion) mais pour laquelle le manque de salive pouvait constituer un facteur causal ou aggravant ; du reste, selon l'avis d'un confrère, la perte de substance était en grande partie due à l'érosion, le manque de salive constituant un facteur aggravant par la perte de son effet protecteur. Le Dr J.\_\_\_\_\_ indiquait encore ne pas retenir d'aspect pathognomonique d'un bruxisme, soulignant à cet égard que la perte d'émail palatine, ou encore aux collets, ne s'expliquait pas seulement par le frottement des dents, le rapport occlusal ne le permettant pas, mais qu'il y avait une érosion et que la xérostomie augmentait la susceptibilité de cette érosion. Le recourant a de surcroît invoqué l'attestation établie le 17 février 2017 par le Dr L.\_\_\_\_\_, qualifiant de « *tout à fait classique* » la relation de cause à effet entre, d'une part, les thérapies administrées pour traiter la maladie de Hodgkin et, d'autre part, les troubles dentaires induits par l'hyposalivation.

C'est dans ce contexte que le 24 octobre 2017, alors qu'elle était appelée à se déterminer sur le recours déposé le 31 août 2017, l'intimée a informé la Cour de céans qu'elle avait transmis l'affaire au secteur compétent en vue de la mise en œuvre d'une expertise et qu'elle sollicitait la suspension de la procédure jusqu'à l'obtention de l'avis de l'expert.

**b)** Ce faisant, Q.\_\_\_\_\_ a toutefois fait abstraction de règles élémentaires de procédure.

**aa)** En effet, le recours devant le tribunal cantonal des assurances est une voie de droit ordinaire possédant un effet dévolutif : un recours présenté dans les formes requises a pour effet de transférer à la juridiction cantonale la compétence de statuer sur la situation juridique objet de la décision attaquée. L'administration perd la maîtrise de l'objet du litige, en particulier celle des points de fait susceptibles de fonder la décision attaquée. Conformément à la maxime inquisitoire applicable, il appartient à l'autorité de recours d'établir d'office les faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer les preuves nécessaires. Si l'état de fait doit être complété, elle est libre de procéder elle-même aux

mesures d'instruction nécessaires ou d'annuler la décision attaquée et de renvoyer le dossier à l'administration pour qu'elle s'en charge. Après le dépôt d'un recours, il n'est en principe plus permis à l'administration d'ordonner de nouvelles mesures d'instruction qui concerneraient l'objet du litige et tendraient à une éventuelle modification de la décision attaquée (cf. ATF 127 V 228 consid. 2b/aa et les références ; cf. TF 9C\_598/2011 du 19 avril 2012 consid. 5.2.1 et 9C\_403/2010 du 31 décembre 2010 consid. 3.1).

**bb)** Le principe de l'effet dévolutif du recours connaît une exception, en tant que l'administration peut reconsidérer sa décision jusqu'à l'envoi de son préavis à l'autorité de recours (art. 53 al. 3 LPGA). Pour des motifs liés à l'économie de procédure, il se justifie en effet de permettre à l'administration de revenir *lite pendente* sur sa décision, lorsque celle-ci s'avère, à la lecture de l'acte de recours, manifestement erronée. De fait, le droit fédéral n'exclut pas nécessairement la mise en œuvre par l'administration de mesures d'instruction *lite pendente*. Pour répondre à la question de savoir quels sont les actes encore admissibles à ce stade de la procédure, il convient d'examiner l'importance que revêt l'acte pour la solution du litige et le temps nécessaire pour y procéder (cf. ATF 127 V 228 consid. 2b/bb et les références ; cf. TF 9C\_403/2010 précité consid. 3.2).

En tout état de cause, la mise en œuvre d'une expertise médicale ou d'une mesure d'instruction similaire par l'administration n'est plus admissible au stade de la procédure de recours, compte tenu de leur portée sur l'état de fait à juger. Eu égard au temps nécessaire à l'administration d'un tel moyen de preuve, il ne saurait par ailleurs être justifié par des considérations liées à l'économie de procédure, ce d'autant qu'une décision de renvoi, qui a l'avantage de pouvoir être rendue rapidement, permet de créer une situation claire sur le plan procédural (cf. ATF 127 V 228 consid. 2b/bb et les références ; cf. TF 9C\_598/2011 précité consid. 5.2.2).

**cc)** Au demeurant, la mise en œuvre par l'administration d'une expertise au stade de la procédure de recours pose également des problèmes procéduraux qui sont difficilement résolubles.

Si l'on considère que l'expertise en question constitue une expertise administrative (au sens de l'art. 44 LPGA), le fait de verser ce document en procédure cantonale fait perdre une instance à la personne assurée. Si l'on considère en revanche qu'il s'agit d'une expertise judiciaire, il faut alors constater que les règles de la procédure administrative cantonale n'ont pas été respectées. En tout état de cause, les droits procéduraux de la partie assurée subissent une restriction qui, vu la gravité de celle-ci, ne peut faire l'objet d'une réparation *a posteriori* (cf. ATF 127 V 228 consid. 2b/aa et les références ; cf. TF 9C\_598/2011 précité consid. 5.2.3).

Quand bien même la partie adverse ou d'autres participants à la procédure acquiesceraient à la mise en œuvre de mesures d'instruction supplémentaires, il n'est pas admissible que la partie recourante puisse voir ses droits de procédure être restreints ou que la réglementation en matière de frais et dépens puisse être éludée par cette manière de procéder (cf. TF 9C\_403/2010 précité consid. 3.3 et les références).

**c)** Attendu que c'est à la juridiction cantonale et non à l'assureur de diriger la procédure judiciaire en vertu de l'effet dévolutif du recours, il s'ensuit que l'intimée ne pouvait mettre en œuvre unilatéralement une expertise et que, de même, la demande de suspension de la procédure dans l'attente de ladite expertise ne peut davantage être prise en considération par la Cour de céans (cf. dans ce sens TF 9C\_598/2011 précité consid. 5.2.4 et 9C\_403/2010 précité consid. 4.2.2).

Cela dit, il demeure qu'en décidant de mettre en œuvre une expertise au stade de la réponse au recours, l'intimée a convenu que la cause n'avait pas été instruite à satisfaction en procédure administrative. De fait, force est de constater que les avis des praticiens consultés par

l'assuré divergent de l'appréciation du médecin-dentiste conseil de Q. \_\_\_\_\_ et que, sur le vu du dossier, rien ne permet de départager ces différents points de vue. En l'état, il n'est donc pas possible de statuer. Or, c'est au premier chef à l'administration qu'il appartient d'instruire la cause (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Partant, il reviendra à l'intimée de mettre en œuvre une expertise conformément à l'art. 44 LPGA, en respectant les droits de participation de la personne assurée à l'établissement d'une expertise tels qu'ils ont été reconnus par la jurisprudence (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres : cf. ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9 ; cf. également TF 9C\_933/2012 du 16 avril 2013 consid. 3.2).

**d)** La décision attaquée, en tant qu'elle apparaît ainsi contraire au droit fédéral, ne saurait dès lors être maintenue.

**6. a)** A la lumière des considérants qui précèdent, il s'ensuit que le recours doit être admis et la décision litigieuse annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.

**b)** La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

Le recourant obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, il peut prétendre à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. également art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. à la charge de l'intimée qui succombe (cf. art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la juge unique**

**prononce :**

- I. Le recours est admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 27 juin 2017 par Q. \_\_\_\_\_ [...] SA est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV. Q. \_\_\_\_\_ [...] SA versera à A. \_\_\_\_\_ une indemnité de dépens de 2'000 fr. (deux mille francs).

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Lorraine Ruf (pour A. \_\_\_\_\_),
- Q. \_\_\_\_\_ [...],
- 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 :