

GE_GERICHTE A/2295/2018 vom 4. November 2019

GE Cour de justice, 2019-11-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2295_2018

FR: GE_GERICHTE A/2295/2018 du 4 novembre 2019

IT: GE_GERICHTE A/2295/2018 del 4 novembre 2019

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER recourant contre PHILOS ASSURANCE MALADIE SA, sise rue des Cèdres 5, MARTIGNY intimée EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré), né le _____ 1962, est affilié auprès du PHILOS assurance maladie (ci-après : l'assurance) pour l'assurance obligatoire des soins.

2. Dans un rapport du 19 juin 2017, la doctoresse B_____, médecin dentiste assistante au service de chirurgie maxillo-faciale des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : les HUG), a indiqué à l'assurance que l'assuré avait consulté le service des urgences dentaires des HUG le 21 juin 2016 en raison de douleurs constantes à la dent 35. Au status, cette dent était douloureuse à la percussion, mobile de degré 3 et présentait « des poches » de 6 mm. L'examen radiologique avait révélé un élargissement de l'espace desmodontal, ainsi qu'une radio-transparence circulaire au niveau du tiers cervical pulpaire de la dent 35. Cette dent avait donc été avulsée et envoyée au laboratoire pour une analyse histopathologique. Les résultats lui étaient parvenus récemment et avaient mis en évidence la présence d'une résorption interne au niveau de la dent 35. Elle joignait à son rapport les pièces suivantes : - les images radiographiques ; - un rapport du 31 mai 2017 du professeur C_____, médecin au service de chirurgie maxillo-faciale des HUG, relatif à une biopsie reçue le 21 juin 2016 ; il diagnostiquait un aspect compatible avec un foyer de résorption interne (dent 35) et rappelait les renseignements qui lui avaient été communiqués (douleurs constantes à la dent 35 depuis une semaine, mobilité de degré 3, douleurs à la percussion, vitalité positive, poche parodontale localisée en « mésio-linguale » de 6 mm [alors que le reste du sondage était à 3-4 mm], élargissement de l'espace desmodontal, image radioculaire arrondie, bien limitée au niveau du tiers cervical) ; la macroscopie avait révélé une dent monoradiculée (35) avec, au niveau du collet, une résorption ponctiforme d'environ 0.05 cm de diamètre, brunâtre, décalcifiée et incluse en totalité ; selon l'histologie, la dent montrait sur une face une petite cavité contenant des débris, des hématies et quelques hamas de bactéries (cocci) ; elle était partiellement entourée par de l'ostéodentine de réparation ; la pulpe contenait des vaisseaux congestifs et par endroits quelques odontoblastes ; quelques cellules géantes multinucléées au niveau de la dentine, en regard de la pulpe, étaient également notées ; l'aspect était « à corrélérer aux données cliniques et radiologiques » ; - des devis réalisés le 20 juin 2017 pour la pose d'un implant en position 35 avec une couronne (environ CHF 3'000.-). 3. Le 19 juillet 2017, le docteur D_____, médecin-dentiste conseil de l'assurance, a émis l'avis qu'il ne s'agissait pas d'un granulome dentaire interne idiopathique et que le cas ne relevait pas de l'assurance-maladie obligatoire. 4. Par courrier du 24 juillet 2017, l'assurance a refusé la prise en charge du traitement dentaire. 5. Le 22 août 2017, la Dresse B_____ a fait remarquer au médecin-dentiste conseil que le diagnostic de « granulome dentaire interne » avait été

confirmé par le rapport d'histopathologie. Elle a insisté pour que soit prise en charge la réhabilitation implanto-portée nécessaire suite à l'extraction de la dent 35. 6. Le 6 octobre 2017, l'assurance a campé sur sa position, en faisant valoir que le rapport mentionnait la « présence au niveau du collet d'une résorption ponctiforme d'environ 0.05 mm de diamètre », qu'il y avait donc bien une résorption externe, ce qui ne correspondait pas à un granulome dentaire interne idiopathique 7. En date du 30 octobre 2017, la Dresse B_____ a relevé que le rapport histopathologique indiquait que la résorption punctiforme d'environ 0.05 cm de diamètre au niveau du collet correspondait bien à un foyer de résorption interne et non à un foyer de résorption externe. Ce rapport confirmait donc le diagnostic de « résorption interne » au niveau de la dent 35, de sorte que ces traitements devaient être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire. 8. Le 29 novembre 2017, le docteur E_____, médecin-dentiste et médecin-conseil de l'assurance, a rappelé que le traitement proposé comprenait une phase provisoire, soit l'extraction de la dent 35, et une phase définitive, à savoir la mise en place d'un implant dentaire endo-osseux en position 35 et la confection d'une couronne définitive implanto-portée. Il a constaté, après examen de toutes les pièces du dossier, que la Dresse B_____ retenait une résorption interne, alors que le Dr F_____, dans son avis du 27 août 2017, avait estimé qu'il s'agissait d'une résorption externe. Il ressortait du bilan radiologique et du rapport de consultation de la Dresse B_____ que l'assuré souffrait d'une maladie parodontale inflammatoire (parodontite) concernant la dent 35. Il était reconnu qu'un processus inflammatoire touchant le parodonte puisse avoir un impact sur les racines dentaires et provoquer des résorptions externes. Par conséquent, le diagnostic de granulome dentaire interne idiopathique ne pouvait être posé au degré de la vraisemblance prépondérante. Au vu de la maladie parodontale constatée, le diagnostic de résorption externe de la dent 35 n'était qu'« envisageable ». En conclusion, « compte tenu de l'affection parodontale constatée autour de la dent 35, le diagnostic de résorption externe » était « confirmé et retenu ».

9. Par décision du 21 décembre 2017, l'assurance a refusé de prendre en charge le traitement dentaire envisagé, au motif que son médecin-conseil avait conclu à un granulome externe idiopathique (résorption externe). 10. Dans son opposition du 10 janvier 2018, complétée le 9 mars 2018, l'assuré a requis la prise en charge de tous les frais médicaux liés au traitement dentaire envisagé. Il a contesté l'appréciation du médecin-dentiste conseil et soutenu que le diagnostic de résorption interne était appuyé tant par l'anamnèse que par les examens clinique, radiologique et histopathologique. Ce diagnostic avait été « formellement » posé dans le rapport d'histopathologie du Professeur C_____. À la macroscopie, la résorption punctiforme d'environ 0.05 cm de diamètre au niveau du collet correspondait incontestablement à un foyer de résorption interne. L'assuré a produit un rapport de la Dresse B_____ du 8 mars 2018, relatant que son examen du 21 juin 2016 avait révélé une dent 35 vitale, douloureuse à la percussion, mobile de degré 3, avec une profondeur de sondage de 6 mm localisée au niveau « mésio-vestibulaire ». Cliniquement, aucune zone de résorption n'était visible et le reste de l'examen parodontal était dans la norme. L'examen radiologique avait mis en évidence un élargissement de l'espace desmodontal avec une petite radio transparence ponctiforme d'environ 0.05 cm au centre du tiers supérieur de la racine, au niveau du canal pulpaire. L'examen histologique avait révélé un aspect compatible avec une résorption interne. Elle expliquait par ailleurs que la lésion, qui débutait à l'intérieur du tissu pulpaire, aboutissait à la formation d'une cavité qui pouvait finalement s'extérioriser après avoir résorbé la dentine et le ciment, de sorte que la distinction entre un granulome interne et un granulome externe était parfois difficile. Le

diagnostic de résorption interne était basé sur l'anamnèse, l'examen clinique, radiologique et histopathologique. Dans le cas présent, il était tout à fait « possible », à son avis, sur la base de ces éléments, « de discuter une résorption interne » s'étant ouverte vers l'extérieur. 11. Sur demande de l'assurance, son médecin-conseil a pris connaissance des arguments de l'assuré et du dernier rapport de la Dresse B_____. Dans sa nouvelle appréciation du 6 juin 2018, le Dr E_____ a souligné que le rapport d'histopathologie du 31 mai 2017 retenait le diagnostic d'« aspect compatible avec un foyer de résorption interne », ce qui signifiait que la lésion visible sur la radiographie ressemblait à un tel foyer, mais n'en était pas forcément un. Il pouvait très bien s'agir d'un foyer de résorption externe ayant le même aspect. En aucun cas le Prof. C_____ n'avait posé le diagnostic définitif et certain de résorption interne, contrairement aux affirmations de l'assuré. De plus, l'examen histologique ne permettait pas à lui seul de poser un diagnostic définitif, dans la mesure où une corrélation entre un tel examen et les constatations cliniques et radiologiques était indispensable. C'était ce qu'avait indiqué le Prof. C_____ en écrivant que l'aspect était « à corrélérer aux données cliniques et radiologiques ». En outre, le rapport de la Dresse B_____ du 19 juin 2017 faisait état de « poches » de 6 mm, alors que le Prof. C_____ avait mentionné une seule poche dans son rapport du 31 mai 2017, localisée en « mésio-linguale » de 6 mm. Dans son rapport du 8 mars 2018, la Dresse B_____ avait indiqué que la profondeur de sondage de 6 mm était localisée au niveau « mésio-vestibulaire ». Compte tenu de ces rapports variables qui ne pouvaient être considérés comme fiables, la seule certitude était que la dent 35 présentait une maladie parodontale, étant rappelé les explications livrées dans son précédent rapport. Enfin, il était difficile d'évaluer si le traitement proposé par la Dresse B_____ était efficace, adéquat et économique, du moment qu'aucune information sur la situation bucco-dentaire globale du patient n'avait été transmise à l'assurance. En conclusion, il confirmait le diagnostic de résorption externe compte tenu de l'affection parodontale constatée, de l'examen histopathologique et radiologique autour de la dent 35. 12. Par décision sur opposition du 8 juin 2018, l'assurance a confirmé sa décision du 21 décembre 2017, au motif que le diagnostic de granulome interne idiopathique ne pouvait être posé au degré de la vraisemblance prépondérante. 13. Par acte du 4 juillet 2018, l'assuré, par l'intermédiaire d'un conseil, a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de dépens, préalablement, à l'audition de la Dresse B_____ et du Prof. C_____, cas échéant à la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire, principalement, à ce que l'intimée soit condamnée à prendre en charge les soins dentaires de la dent 35. En substance, le recourant fait valoir que le diagnostic de résorption interne (granulome dentaire interne idiopathique) a été clairement posé par le Prof. C_____ et la Dresse B_____, sur la base de l'examen histologique, mais également des constatations cliniques et radiologiques. Selon lui, les arguments du Dr E_____ ne sont pas pertinents. En effet, le fait qu'une résorption externe soit envisageable d'après la littérature médicale ne suffit pas à exclure la vraisemblance prépondérante du diagnostic de résorption interne. De plus, l'avis de ce médecin est contradictoire puisqu'il admet que l'examen histologique doit être corrélé avec les constatations cliniques et radiologiques, ce qu'ont fait les médecins des HUG, alors que le dentiste conseil a posé le diagnostic de résorption externe sans avoir effectué de constatation clinique. 14. Dans sa réponse du 31 juillet 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle se réfère à l'avis de son médecin-dentiste conseil dont elle rappelle qu'il a confirmé le diagnostic de résorption externe compte tenu de l'affection parodontale et des examens histopathologique et radiologique autour de la dent 35. Elle souligne que son médecin a pris connaissance des différents rapports de consultation, des prises de position

des Drs F _____ et D _____, ainsi que des bilans radiologique et photographique. Elle considère que l'avis de son médecin-dentiste conseil doit se voir reconnaître pleine valeur probante et être préféré à l'appréciation du médecin traitant et qu'au vu du dossier, le diagnostic de granulome interne ne peut être posé avec le degré de vraisemblance prépondérante. 15. En date du 4 septembre 2018, le recourant a persisté dans ses conclusions. Il produit un rapport établi le 31 août 2018 par la Dresse B _____ et le Prof. C _____, qui y précisent que la dent 35 présentait une unique poche parodontale localisée en mésio-vestibulaire, contrairement à ce qui a été indiqué par erreur dans d'autres rapports. En outre, tout le reste de l'examen était dans la norme, à savoir sans poche parodontale de plus de 3 mm. La présence d'une seule poche parodontale localisée révèle « habituellement » une pathologie localisée comme une fissure ou une fracture radiculaire, ou une résorption interne « par exemple ». Le diagnostic de granulome interne et non externe est confirmé. Toute autre question devrait être posée à un expert indépendant externe aux HUG. 16. Par écriture du 30 octobre 2018, l'intimée a également persisté dans ses conclusions. Elle produit un rapport rédigé le 24 octobre 2018 par le Dr E _____, qui y émet l'avis que celui du 31 août 2018 n'apporte pas d'argument supplémentaire en faveur d'une résorption interne. Du moment que la poche parodontale n'est pas une lésion spécifique d'une résorption radiculaire interne, elle peut se rencontrer aussi en cas de résorption radiculaire externe, de sorte que le diagnostic de résorption radiculaire interne ne peut être posé de façon « sûre et certaine » et n'est donc qu'« envisageable ». En outre, il est difficile d'évaluer si le traitement proposé est efficace, adéquat et économique puisqu'aucune information sur la situation bucco-dentaire globale du recourant n'a été transmise à l'intimée. 17. En date du 1^{er} novembre 2018, le recourant a souligné que la Dresse B _____ avait fait état, pour poser le diagnostic de granulome interne et non externe, du lieu précis où se situait la poche parodontale. Il reproche au Dr E _____ de ne pas prendre position sur la question de l'endroit où se situait ladite poche et de ne pas infirmer de manière probante l'avis de la Dresse B _____. Enfin, il ajoute que son appréciation est contradictoire puisqu'il qualifie d'envisageable - donc même pas vraisemblable - que le granulome soit externe, ce dont il devrait alors tirer la conclusion logique que le diagnostic de granulome interne doit être retenu au degré de la vraisemblance prépondérante. 18. Lors d'une audience d'enquêtes du 7 février 2019, la Cour de céans a entendu les Drs B _____, C _____ et E _____. La Dresse B _____ a expliqué avoir reçu le recourant en urgence pour des douleurs au niveau de la dent 35. Elle avait constaté que celle-ci n'avait aucune carie et la radio avait montré une lésion radio claire, c'est-à-dire une déminéralisation à un endroit donné, au niveau du tiers cervical de la racine, avec une poche parodontale de 6 mm. Elle avait donc retenu comme hypothèse de diagnostic une résorption interne, soit une inflammation de la pulpe de la dent s'extériorisant. Il n'y avait en effet aucun autre argument clinique pour expliquer les douleurs et la présence de la poche. Elle avait procédé à l'extraction de la dent et constaté la présence d'une lésion arrondie au niveau de la racine avant de l'envoyer au Prof. C _____ pour analyse. Le Prof. C _____ pour sa part a indiqué que s'il a posé un diagnostic en parlant de « compatibilité », c'était parce qu'il ne reposait pas uniquement sur l'aspect histologique, mais avait été corrélé par les observations radiologiques, cliniques et intra-opératoires. Il a expliqué que la résorption peut être interne (de l'intérieur vers l'extérieur) ou externe (de l'extérieur vers l'intérieur). En l'occurrence, l'histologie avait été corrélée par les autres éléments évoqués et il avait conclu à une résorption interne en raison de deux éléments : d'une part, la présence d'ostéoclastes (cellules à l'origine de la destruction du tissu dur) dans la pulpe (leur présence à l'intérieur

plaidait pour une résorption interne ayant débordé à l'extérieur), d'autre part, la situation de la lésion (d'habitude, une résorption externe se situe au niveau du collet alors qu'en l'occurrence elle se trouvait plus bas). La Dresse B_____ a confirmé que, selon son observation clinique, il n'y avait qu'une seule poche, localisée en mésio-vestibulaire. La Dresse B_____ et le Prof. C_____ ont indiqué que le diagnostic de résorption interne correspondait à l'hypothèse la plus probable au vu des éléments rappelés ci-dessus, sans qu'il leur soit possible de préciser à quel pourcentage (65% ou 75%). La Dresse B_____ a ajouté que le simple examen clinique, tout comme le simple examen histologique, ne suffisait pas. C'est l'ensemble des examens qui permet d'isoler l'hypothèse la plus probable. Le Dr E_____ a exprimé l'avis que le diagnostic de résorption demeurerait l'une des hypothèses à envisager parmi d'autres. Selon lui, un tel diagnostic n'est certain qu'en l'absence d'affection parodontale associée. En présence d'un processus pathologique externe, il devient discutable et il est alors difficile à confirmer en l'absence de données sur les antécédents du patient. Il faudrait pouvoir procéder à une comparaison avec des clichés radiologiques antérieurs. Sur question, le recourant a indiqué ne pas avoir de dentiste traitant pouvant fournir de telles radiographies. Le Prof. C_____ a fait remarquer qu'en pratique, il est impossible d'investiguer longuement les antécédents d'un patient qui se présente en urgence pour des douleurs. Quant à la présence d'une poche parodontale, il a observé que deux affections peuvent tout à fait cohabiter sans relation. Cette poche pouvait constituer l'extériorisation de l'inflammation débutée intérieurement, mais l'on ne pouvait avoir de certitudes. Le Dr E_____ s'est étonné que l'on affirme que des ostéoclastes proviennent de la pulpe. À son avis, ils venaient de l'os autour de la dent. En outre, la localisation de la lésion lui semble également un argument discutable dans la mesure où une résorption radiculaire peut toucher n'importe quel niveau de la racine. Il lui semble que l'on ne peut dès lors n'en tirer aucune certitude. Le Prof. C_____ a répondu que les ostéoclastes pouvaient se différencier des cellules de la pulpe. Ils ne proviennent pas, dans ce cas, de l'os. Ils sont en effet en l'occurrence en contact avec la pulpe et la dentine. Certes, la résorption peut toucher n'importe quel site, mais sa remarque concernait la résorption interne. Celle-ci ne touche en général pas la zone du collet, ni l'apex, contrairement à la résorption externe. Le Dr E_____ a maintenu que l'hypothèse la plus probable était un processus externe. Selon lui, en présence d'une seule poche parodontale, l'extraction de la dent constituait une sanction thérapeutique plutôt invasive. Il y avait certainement des alternatives thérapeutiques sur lesquelles il n'a cependant pu s'exprimer, arguant ne pas avoir été informé de la situation générale. La Dresse B_____ a rappelé avoir corrélié l'examen clinique à l'examen radiologique qui lui faisait suspecter une lésion interne. Dans ces cas-là, lorsqu'il y a symptomatologie douloureuse, l'extraction s'impose : l'autre alternative aurait été un traitement de racine, suivi d'un acte chirurgical afin de reconstruire l'extérieur de la dent résorbée. Cela aurait été coûteux et sans garantie de résultat, raison pour laquelle, après discussion avec le patient, il a été décidé de procéder à l'extraction. Le Dr E_____ a réaffirmé qu'à son avis, un traitement de racine aurait suffi, qui aurait été sensiblement moins cher, surtout s'agissant d'une dent mono radiculaire. Il aurait suffi d'un curetage, sans intervention chirurgicale, pour colmater la brèche, laquelle aurait pu être comblée de l'intérieur par le traitement de racine. La Dresse B_____ a dit avoir examiné la situation à moyen et long terme et avoir conclu que le traitement de racine pourrait certes temporiser le problème, mais sans garantie de le régler définitivement. 19. Suite à la comparaison personnelle des parties, celles-ci ont persisté dans leurs conclusions respectives. Le recourant soutient que l'on se trouve clairement dans la vraisemblance

prépondérante, même si l'on n'atteint pas une certitude de 100%. Il rappelle que les médecins-conseils de l'intimée ont souligné la nécessité d'un examen clinique mais n'en ont pas fait. Quant à l'intimée, elle considère qu'il n'est pas établi que la résorption était bien interne et non externe. 20. À l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger. 21. Par courrier du 8 février 2019 dont il a adressé une copie à la Cour de céans, le Dr E_____ s'est expliqué au Prof. C_____ sur son appréciation quant à la prise en charge et soins dont avait bénéficié le recourant aux HUG. 22. Le 13 février 2019, le recourant a demandé à ce que cette lettre, qui semblait répondre à des critiques formulées par le Prof. C_____ à l'issue de l'audience de confrontation, soit écartée de la procédure. 23. En date du 1er octobre 2019, la chambre de céans a informé les parties qu'elle entendait ordonner une expertise, laquelle serait confiée au docteur G_____, spécialiste en parodontologie SSP/SSO et médecin-dentiste. Elle leur a imparti un délai pour lui faire parvenir d'éventuelles questions supplémentaires et faire valoir un éventuel motif de récusation à l'encontre de l'expert proposé. 24. Par courriers des 15 et 30 octobre 2019, l'intimée, respectivement le recourant, ont indiqué ne pas avoir de questions supplémentaires à poser à l'expert ni de motif de récusation à son encontre. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 4 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-maladie, du 18 mars 1994 (LAMal - RS 832.10). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Selon l'art. 1 al. 1 de la LAMal, les dispositions de la LPGA sont applicables au cas d'espèce. 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA et 89B LPA. 4. Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimée refusant de prendre en charge les soins dentaires de la dent 35. 5. Le recourant conclut à ce que le courrier du Dr E_____ du 8 février 2019 soit écarté. La Cour de céans constate avec le recourant que cette missive, laquelle fait manifestement suite à une discussion entre les deux médecins suite à l'audience du

E. 7

février 2019, a été rédigée après que la cause a été gardée à juger. En outre, son contenu n'est pas pertinent pour l'issue du litige, en l'absence de toute argumentation relative au diagnostic ou à l'atteinte à la santé présentée par le recourant. Cette pièce peut donc être écartée de la procédure. 6. a. Selon l'art. 25 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des prestations qui servent à diagnostiquer ou à traiter une maladie et ses séquelles (al. 1). Ces prestations comprennent notamment les examens, traitements et soins dispensés sous forme ambulatoire au domicile du patient, en milieu hospitalier ou semi-hospitalier ou dans un établissement médico-social par des médecins, des chiropraticiens et des personnes fournissant des prestations sur prescription ou sur mandat médical (al. 2 let. a). Les coûts des soins dentaires ne sont pas visés par cette disposition légale. D'après l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication (let. a), ou s'ils sont occasionnés par une autre maladie grave ou ses séquelles (let. b), ou s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c). Conformément à l'art. 33 al. 2 et 5 LAMal, en corrélation avec l'art. 33 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du 27 juin 1995 (OAMal - RS 832.102), le

Département fédéral de l'intérieur a édicté les art. 17 à 19a de l'Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie du 29 septembre 1995 (OPAS - RS 832.112.31), qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'art. 31 al. 1 LAMa. 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. L'art. 19 OPAS prévoit que l'assurance prend en charge les soins dentaires nécessaires aux traitements de certains foyers infectieux bien définis (art. 31 al. 1 let. c LAMal). Enfin l'art. 19a OPAS règle les conditions de la prise en charge des frais dentaires occasionnés par certaines infirmités congénitales. À teneur de l'art. 17 OPAS, à condition que l'affection puisse être qualifiée de maladie et le traitement n'étant pris en charge par l'assurance que dans la mesure où le traitement de l'affection l'exige, l'assurance prend en charge les soins dentaires occasionnés par les maladies graves et non évitables suivantes du système de la mastication (art. 31 al. 1 let. a, LAMal): maladies dentaires : granulome dentaire interne idiopathique (ch. 1) et dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, pouvant être qualifiées de maladie (par ex. : abcès, kyste) (ch. 2). b. 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 ; ATF 127 V 343 consid. 3b ; ATF 124 V 185). Le Tribunal fédéral des assurances a été amené à considérer, de manière générale, que dans la mesure où elle suppose l'existence d'une atteinte qualifiée à la santé, la notion de maladie au sens des art. 17 (phrase introductive) et 17 let. a ch. 2 OPAS, est plus restrictive que la notion de maladie valable généralement dans l'assurance-maladie sociale (art. 2 al. 1 LAMal). Autrement dit, le degré de gravité de la maladie est une des conditions de la prise en charge par l'assurance-maladie des traitements dentaires ; les atteintes à la santé qui ne présentent pas ce degré de gravité n'entrent pas dans les prévisions de l'art. 31 al. 1 LAMal. Est « évitable » toute maladie du système de la mastication qui peut être évitée par une bonne hygiène buccale et dentaire. Dans ce sens, sont visées la carie et la parodontite (ATF 129 V 279 consid. 3.3 ; ATF 125 V 19 consid. 3a ; SVR 1999 KV 11 consid. 1b/aa). L'atteinte de la fonction masticatoire résultant d'une hygiène buccale insuffisante ne donne lieu à prestation que si elle était objectivement non évitable (ATF 128 V 70). Cela suppose une hygiène buccale suffisante au regard des connaissances odontologiques actuelles. Une telle hygiène exige des efforts sous forme de soins quotidiens, notamment le nettoyage des dents, l'autocontrôle, dans la mesure où cela est possible par un non professionnel, la consultation d'un dentiste dès l'apparition de particularités dans le système de mastication, ainsi que des contrôles et traitements périodiques par un dentiste, y compris une hygiène dentaire professionnelle périodique (ATF 128 V 60 consid. 4a). Par ailleurs, une personne assurée qui présente une sensibilité accrue aux affections dentaires, en raison de sa constitution, de maladies dont elle a souffert ou de traitements qu'elle a suivis, ne peut se contenter d'une hygiène buccale usuelle. Néanmoins, l'hygiène buccale doit rester dans la mesure du raisonnable et de l'exigible en ce qui concerne aussi bien les soins quotidiens que les contrôles périodiques chez un dentiste (ATF 128 V 60 consid. 6d) c. La prise en charge de soins dentaires repose sur le principe suivant : une hygiène buccale appropriée permet de prévenir l'apparition de caries, de parodontites ou la perte de dents. Si bien que l'assurance-maladie obligatoire ne

rembourse que les soins buccodentaires occasionnés par une maladie grave ou inévitable, donc à des conditions restrictives. Pour être pris en charge, les soins dentaires doivent être en rapport d'interaction avec les maladies, c'est-à-dire soit occasionnés par certaines d'entre elles (art. 17 et 18 OPAS), soit favoriser leur traitement (art. 19 OPAS) (Dominique MANAÏ, Droits du patient face à la biomédecine, 2013, p. 181). L'art. 31 al. 1 let. a LAMal prévoit que les coûts des soins dentaires sont pris en charge par l'assurance obligatoire s'ils sont occasionnés par une maladie grave et non évitable du système de la mastication. Il s'agit d'une exception au principe selon lequel les soins dentaires ne sont pas couverts par l'assurance-maladie obligatoire. Trois conditions doivent être réalisées : la première est l'existence d'une maladie. Dans les cas des soins dentaires, il y a atteinte à la santé lorsque l'assuré ne peut pas accomplir de façon satisfaisante des fonctions essentielles comme broyer, mordre, mastiquer et articuler. Une atteinte pathologique est un état, actuel ou imminent, qui ne peut être prévenu par des mesures prophylactiques et qui, à défaut d'intervention, entrave la fonction masticatoire. La deuxième condition pour la prise en charge des traitements dentaires par l'assurance-maladie est le degré de gravité de la maladie. En effet, les atteintes à la santé qui ne présentent pas ce degré de gravité n'entrent pas dans les prévisions de l'art. 31 al. 1 LAMal. Ainsi, la notion de maladie au sens des art. 17 et 17 let. a ch. 2 OPAS est plus restrictive que celle qui s'applique de manière générale à l'assurance-maladie sociale selon l'art. 2 al. 1 LAMal. Il s'agit d'une atteinte qualifiée. La troisième condition est le caractère non évitable de la maladie. Il s'agit d'une maladie qui surviendrait malgré une bonne hygiène buccale et dentaire, et conformément à l'état des connaissances du moment en matière de médecine dentaire. Le législateur voulait par là encourager la prévention des caries et des parodontites, ainsi que toute autre maladie évitable et non grave du système de la mastication, impliquant ainsi la responsabilité personnelle du patient. Ainsi, un granulome dentaire interne idiopathique est une maladie non évitable. A contrario, un granulome interne découlant d'un traumatisme dentaire ou d'une affection de la pulpe due à la carie est considéré comme évitable et n'implique donc pas une prise en charge par l'assurance-maladie. De même, un granulome externe est considéré comme évitable, dans la mesure où il découle d'une infection parodontale (Dominique MANAÏ, op.cit., p. 183-186). Une fois établie la gravité de la maladie, il convient de vérifier si les prestations sont « efficaces, appropriées et économiques » (Dominique MANAÏ, op.cit., p. 189). 7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). 8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner

lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. En particulier, il doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). 10. En l'espèce, le recourant requiert la prise en charge des soins prodigués et prévus au niveau de sa dent 35, arguant que ceux-ci résultent d'un granulome dentaire interne idiopathique, comme en attestent ses médecins-dentistes traitants. L'intimée considère pour sa part, sur la base des appréciations de ses médecins-dentistes conseils, que le recourant a souffert d'un granulome externe, dont la prise en charge ne lui incombe pas. 11. a. La Dresse B_____ a indiqué dans un premier temps qu'une résorption interne avait été « mise en évidence » (rapport du 19 juin 2017) et que le diagnostic de granulome interne idiopathique avait été « confirmé » par le rapport histopathologique (rapports des 22 août et 30 octobre 2017). Elle a ensuite mentionné qu'il était « possible (...) de discuter une résorption interne » (rapport du 8 mars 2018), avant de déclarer finalement, lors de son audition, que l'existence d'un granulome interne idiopathique était l'hypothèse de diagnostic « la plus probable ». Le Prof. C_____ a pour sa part constaté un « aspect compatible avec un foyer de résorption interne » (rapport du 31 mai 2017) et précisé que cet aspect devait être corrélé aux données cliniques et radiologiques. Lors de l'audience d'instruction, il a déclaré à la Cour de céans que le diagnostic de résorption interne était compatible avec les éléments du dossier et correspondait à « l'hypothèse la plus probable ». Quant au Dr E_____, il a d'abord indiqué que le diagnostic de résorption externe était « envisageable », « confirmé et retenu » (rapport du 29 novembre 2017), puis a mentionné que ce diagnostic était « confirmé » (rapport du 6 juin 2018). Il a ensuite soutenu que le diagnostic de résorption interne ne pouvait être posé avec certitude et que celui de résorption externe était « envisageable » et ne pouvait être exclu (rapport du 24 octobre 2018). b. Compte tenu des considérations contradictoires et évolutives des différents médecins ayant pris position sur le dossier du recourant, la Cour de céans rappellera qu'il s'agit de déterminer le diagnostic qui a affecté la dent 35, au degré de la vraisemblance prépondérante requis par la jurisprudence. 12. a. Sur le fond, la Cour de céans constate que les affirmations de la Dresse B_____ selon lesquelles le Prof. C_____ aurait confirmé le diagnostic de résorption interne dans son rapport du 31 mai 2017 sont manifestement erronées puisque ledit document parle d'« aspect compatible » avec un foyer de résorption interne. Dans son rapport du 30 octobre 2017, la Dresse B_____ a justifié ses conclusions en relevant que la résorption punctiforme d'environ 0.05 cm de diamètre au niveau du collet correspondait bien à un foyer de résorption interne, et non à un foyer de résorption externe. Cette affirmation est toutefois dénuée de toute argumentation et de toute référence médicale. Elle apparaît de surcroît en contradiction avec les déclarations du Prof. C_____, lequel a expliqué à la Cour de céans que « d'habitude » une résorption externe se situait au niveau du collet. Lors de son audition, le médecin-dentiste a déclaré que selon elle, il n'y avait aucun autre argument clinique pour expliquer les douleurs et la présence de la poche. Elle n'a toutefois pas expliqué pour quelles raisons les douleurs et la mobilité au niveau de la dent 35 ne résulteraient pas de la poche parodontale, laquelle témoigne de l'existence d'une maladie parodontale (parodontite). b. Le Prof. C_____ a indiqué dans son rapport du 31 mai 2017 que l'aspect compatible avec un foyer de résorption interne devait être corrélé aux données cliniques et radiologiques. Il n'a toutefois pas procédé lui-même à un tel examen, du moins à cette époque, bien qu'il ait été en possession de tous les renseignements pertinents. Lors de

l'audience du 7 février 2019, il a expliqué avoir conclu à une résorption interne, sans préciser la date de sa prise de position, en raison de deux éléments : d'une part, la présence dans la pulpe d'ostéoclastes -cellules à l'origine de la destruction du tissu dur et dont la présence à l'intérieur plaiderait donc pour une résorption interne ayant débordé à l'extérieur -, d'autre part, la situation de la lésion - puisque d'habitude, une résorption externe se situe au niveau du collet alors qu'en l'occurrence, elle se trouvait plus bas, étant ajouté que la résorption interne ne touche en général pas la zone du collet, ni l'apex, contrairement à la résorption externe. Ces justifications ont toutefois été contestées en audience par le Dr E_____, lequel a soutenu que les ostéoclastes provenaient de l'os autour de la dent, et non de la pulpe, et qu'une résorption radiculaire pouvait toucher n'importe quel niveau de la racine. Outre le fait que les explications du Prof. C_____ sont remises en question par les propos d'un autre médecin-dentiste, la Cour de céans relève encore une certaine incertitude s'agissant de l'emplacement de la résorption. En effet, dans son rapport du 31 mai 2017, le Prof. H_____ a indiqué que la macroscopie avait permis de constater la présence d'une résorption ponctiforme au niveau du collet, alors qu'il a indiqué lors de son audition que la lésion était située plus bas. Enfin, la Cour de céans observe que le Prof. C_____ a relevé que deux affections pouvaient tout à fait cohabiter sans relation et que la poche parodontale pouvait constituer l'extériorisation de l'inflammation débutée intérieurement, ajoutant qu'on ne pouvait avoir de certitudes. C'est dire qu'il est également tout à fait possible que la poche se soit développée avant la survenance de la résorption, laquelle aurait pu être favorisée ou provoquée par cette affection. Le Prof. C_____ n'a pas livré d'argument permettant de retenir que la première hypothèse serait plus probable que la seconde. c. Le Dr E_____ a soutenu que le diagnostic de résorption interne ne pouvait être posé avec certitude qu'en l'absence d'affection parodontale associée. En présence d'un processus pathologique externe, il devenait « discutable » et il était alors difficile à confirmer en l'absence de données sur les antécédents du patient. Il a estimé que l'hypothèse la plus probable était un processus externe qui était à l'origine du problème. Le médecin-dentiste conseil n'a toutefois pas motivé son appréciation, laquelle est en totale contradiction avec celle de deux autres spécialistes. Rien dans ses explications et aucun élément dans ses rapports ne permet de conclure qu'il est plus probable que le recourant ait présenté à un granulome externe qu'un granulome interne. 13. Au vu des appréciations et conclusions diamétralement opposées des médecins-dentistes traitants et du médecin-dentiste conseil, il n'est en l'état pas possible de retenir un diagnostic fiable, au degré de la vraisemblance prépondérante requis. Une expertise judiciaire se révèle donc malheureusement incontournable afin de clarifier les atteintes à la santé présentées par le recourant au niveau la dent 35 avulsée le 21 juin 2016. 14. C'est le lieu de relever que le dossier de la cause n'apparaît pas complet. En effet, il manque le rapport initial rendu par la Dresse B_____ à l'issue de sa consultation du 21 juin 2016. Le premier rapport établi par cette médecin est celui du 19 juin 2017, dans lequel elle n'a pas repris toutes ses constatations cliniques. À titre d'exemple, elle n'y a pas précisé la vitalité positive de la dent 35, la localisation de la poche parodontale, ou encore les résultats du sondage des autres dents. Ces éléments ressortent uniquement du rapport du Prof. C_____ du 31 mai 2017, lequel s'est avéré par la suite partiellement erroné puisque la poche n'était semble-t-il pas située en « mésio-linguale » comme indiqué dans ce document, mais en « mésio-vestibulaire » comme noté par la Dresse B_____ dans son rapport du 8 mars 2018 et confirmé lors de l'audience d'enquête. De plus, le Prof. C_____ a indiqué dans son rapport du 31 mai 2017 que le reste du sondage était à « 3-4mm », alors que le rapport du 31 août 2018 fait état d'une profondeur de « 3mm » au maximum. En l'absence

du rapport rédigé à l'issue de la consultation du 21 juin 2016, voire du courrier accompagnant la demande d'analyse histopathologique, il subsiste des doutes quant aux conclusions de l'examen clinique. Manque également au dossier le rapport établi par le spécialiste qui a procédé à l'examen radiologique. En ce qui concerne l'examen histopathologique, le seul élément au dossier est le rapport établi par le Prof. C_____ le 31 mai 2017. Il paraît toutefois douteux que les résultats de la biopsie reçue le 21 juin 2016 n'aient été communiqués au Prof. C_____ qu'à la fin du mois de mai 2017. Il est donc permis de penser qu'un rapport de laboratoire a été antérieurement rendu, lequel peut être utile dans le cadre de l'expertise judiciaire. Enfin, le dossier ne comprend pas non plus le rapport du premier médecin-dentiste conseil sollicité, soit le rapport du Dr F_____ du 27 août 2017 cité par le Dr E_____. 15. Le mandat d'expertise sera confié Dr G_____, qui devra examiner le recourant et prendre tout renseignement utile auprès d'un éventuel médecin-dentiste consulté par le recourant avant le 21 juin 2016, ainsi qu'auprès des médecins-dentistes s'étant prononcés sur le cas. Ces derniers seront notamment invités à lui communiquer tous les rapports qui n'auraient pas déjà été produits dans le cadre de la présente procédure. Il incombera en particulier à l'expert de déterminer si le recourant a présenté un granulome dentaire interne idiopathique et, cas échéant, si cette affection était évitable et si le traitement proposé par la Dresse B_____ répond aux principes d'économicité, d'adéquation et d'efficacité. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant préparatoirement 1. Ordonne une expertise médicale et la confie au docteur G_____, spécialiste en parodontologie SSP/SSO et médecin-dentiste. 2. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : a. Prendre connaissance du dossier de la cause. b. Examiner le recourant. c. Recueillir toute information médicale nécessaire auprès d'un éventuel médecin-dentiste ou hygiéniste dentaire consulté par le recourant avant le 21 juin 2016. d. Recueillir toute information médicale nécessaire auprès de la doctoresse B_____ et du professeur C_____, médecins-dentistes au service de chirurgie maxillo-faciale des HUG, et du docteur Emmanuel E_____, médecin-dentiste conseil de l'intimée. e. Établir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: 1) Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? 2) Quels sont les diagnostics précis qui ont affecté la dent 35 ? S'agit-il d'une ou de plusieurs pathologies distinctes ? 3) Le recourant a-t-il présenté un granulome dentaire interne idiopathique ? Cas échéant cette affection était-elle évitable ? 4) Le traitement proposé, soit l'avulsion de la dent 35 et la pose d'un implant en position 35 avec une couronne, répond-t-il aux principes de l'économicité, de l'adéquation et de l'efficacité du traitement ? Veuillez motiver votre réponse. 5) Quelles sont les autres méthodes de traitement médicalement indiquées qui auraient pu être dispensées ? Cas échéant, quels auraient été leurs coûts ? 3. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. 4. Invite l'expert à déposer, dans les trois mois dès réception de la mission, son rapport en deux exemplaires au greffe de la chambre de céans 5. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé. La greffière Marie-Catherine SÉCHAUD La Présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties par le greffe le