

GE_GERICHTE A/916/2016 vom 30. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_916_2016

FR: GE_GERICHTE A/916/2016 du 30 juin 2017

IT: GE_GERICHTE A/916/2016 del 30 giugno 2017

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Julien WAEBER recourante contre HELSANA ASSURANCES SA, sise avenue de Provence 15, LAUSANNE intimée EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1988, est au bénéfice d'une couverture d'assurance-maladie auprès de HELSANA ASSURANCES SA (ci-après la caisse ou l'intimée) depuis 1997.![endif]>![if> 2. Le 15 juillet 2015, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orale et maxillo-faciale, a sollicité la prise en charge par la caisse de l'extraction des dents n°13 et n°53, avec un implant pour la dent n°13, laquelle était disloquée.![endif]>![if> 3. Par avis du 28 août 2015, le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orale et maxillo-faciale et médecin conseil de la caisse, a refusé la prise en charge.![endif]>![if> 4. Le 3 septembre 2015, la caisse a informé l'assurée que l'extraction de la dent n°13 ne remplissait pas les conditions pour une prise en charge par l'assurance obligatoire des soins.![endif]>![if> 5. Par courrier du 8 septembre 2015, le Dr B_____ a fait part de son étonnement. Selon lui, la dent n°13 présentait une importante menace pour les racines des dents n°11 et 12.![endif]>![if> 6. Après avoir requis l'avis du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie maxillo-faciale et médecin conseil de la caisse, le Dr C_____ a, par avis du 18 octobre 2015, maintenu le refus de prise en charge. La dent incluse n'avait pas valeur de maladie et ne représentait pas une menace (risque imminent) pour un dommage.![endif]>![if> 7. Le 3 novembre 2015, la caisse a informé le chirurgien traitant du maintien du refus.![endif]>![if> 8. Le 16 novembre 2015, l'assurée a sollicité qu'une décision soit rendue.![endif]>![if> 9. Par décision du 2 décembre 2015, la caisse a refusé la prise en charge de l'extraction de la dent n°13 car celle-ci n'avait pas valeur de maladie. Elle ne représentait pas une menace ou un risque imminent d'un dommage aux dents avoisinantes.![endif]>![if> 10. Le 16 décembre 2015, l'assurée s'est opposée à cette décision en faisant valoir que la dent n°13 était en contact étroit avec l'incisive 11 et qu'elle avait déjà commencé à la résorber, comme l'attestait la planche scanographique qu'elle annexait.![endif]>![if> 11. Dans un avis rédigé en allemand le 27 janvier 2016, le Dr D_____ a expliqué les raisons pour lesquelles la dent n°13 n'avait pas valeur de maladie.![endif]>![if> 12. Par décision sur opposition du 23 février 2016, la caisse a maintenu sa position. Selon la traduction libre de l'avis du Dr D_____ du 27 janvier 2016, "la dent n°13 est bien incluse, mais ne présente pas de valeur de maladie. Le seul fait que la dent n°13 est située en région palatine directement contre la racine de la dent n°11 et que cette racine est éventuellement légèrement résorbée ne constitue pas en soi une valeur de maladie. Selon la vraisemblance prépondérante, cet état existe depuis plus de dix ans, soit à la fin du développement de la dentition. Par ailleurs, la dent n°13 ne présente aucune pathologie propre. On ne peut pas parler ici de menace imminente avec valeur de maladie, la résorption superficielle à la racine 11 s'est formée

durant le développement de la dentition, soit il y a plus de dix ans. Mais cette résorption de la racine de la dent n°11 ne serait ni traitée, ni supprimée par l'extraction de la dent n°13. Comme il n'y a, selon les radiographies, aucune autre pathologie s'agissant de la dent n°13, outre la résorption à la dent n°11, la dent n°13 pourrait être laissée en place. Il est extrêmement improbable que la résorption de la racine de la dent n°11 continue, puisqu'elle a été causée pendant le développement de la dent n°13, soit il y a plus de dix ans."

!endif]>![if> Selon l'intimée, ses deux médecins-conseils avaient démontré qu'il n'y avait aucune menace importante pour les dents avoisinantes. Les troubles de l'assurée n'avaient donc pas valeur de maladie. 13. Par acte du 18 mars 2016, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, faisant valoir que l'imagerie démontrait avec certitude une inclusion et une dislocation de la dent n°13, une résorption radiculaire de la dent n°11 lui provoquant un dommage important et un risque imminent de perte, ainsi qu'un risque imminent de résorption pour la dent n°12. !endif]>![if> 14. Par réponse du 13 avril 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision litigieuse. Le recours n'amenait aucun nouvel argument, motif ou avis médical et le Dr B_____ ne faisait que renvoyer à la jurisprudence du Tribunal fédéral. !endif]>![if> 15. Par réplique du 19 mai 2016, la recourante, par l'intermédiaire de son conseil, a conclu, préalablement, à ce que la pièce n°2 du chargé de l'intimée soit écartée, et à la mise en œuvre d'une expertise, et principalement, à ce que l'intimée prenne en charge le traitement sollicité le 15 juillet 2015, sous suite de frais et dépens. La pièce n°2 n'émanait pas du Dr D_____ et était rédigée en allemand. Par ailleurs, la décision litigieuse devait être annulée étant donné qu'elle ne permettait pas de connaître son fondement juridique précis. Sur le fond, la dent n°13 constituait un phénomène pathologique: elle était incluse et disloquée, elle provoquait une résorption de la dent n°11 et menaçait sérieusement de résorption la dent n°12. Par surabondance de moyens, la dent n°13 représentait un risque imminent d'un dommage, soit la perte de la dent n°11. Par ailleurs, l'avis du Dr D_____ était intégralement contesté. Enfin, le rapport du 18 octobre 2015 du Dr C_____ n'avait aucune valeur probante vu ses conclusions peu motivées, lacunaires et la mention manuscrite "refus compliqué". !endif]>![if> 16. Par duplique du 1 er juin 2016, l'intimée a indiqué, s'agissant de la pièce n° 2, que par souci de lisibilité, Madame E_____ avait retranscrit et résumé l'avis manuscrit du Dr D_____ du 27 janvier 2016. Par ailleurs, la mention manuscrite "refus compliqué" avait été annotée par la gestionnaire du dossier. L'intimée a rappelé que ses deux médecins-conseils avaient conclu à l'absence de danger imminent et de pathologie et il n'existait aucun avis contraire motivé. Le Dr D_____ avait admis que la dent n°13 avait résorbé la racine de la dent n°11, mais il avait estimé que cela n'avait aucune valeur de maladie. Enfin, une expertise médicale ne semblait pas utile. !endif]>![if> 17. Le 7 juillet 2016, la chambre de céans a demandé au Dr B_____ de se prononcer sur l'avis du Dr D_____, en lui adressant une copie de son rapport manuscrit du 27 janvier 2016, de la note interne de Mme E_____ du 1 er février 2016 et la traduction libre en français effectuée par l'intimée. !endif]>![if> 18. Le 14 juillet 2016, le Dr B_____ a indiqué que contrairement à ce qu'avancait le Dr D_____, le fait que la dent soit disloquée entraînait une pathologie, sous la forme d'une résorption de la racine de la dent n°11, qui était considérée comme ayant un caractère de maladie. Par ailleurs, selon le Dr D_____, la dent n°11 n'était qu'éventuellement un peu résorbée. Cela était très contestable au vu des clichés qui prouvaient une résorption de la racine jusqu'au canal radiculaire qui se trouvait en son centre. En outre, il n'existait aucun document ancien de dix ans qui prouverait que la résorption existait depuis plus de dix ans, que cet état serait tout à fait stable et qu'il n'aurait

pratiquement aucune chance de se modifier. Selon le Dr B_____, cette supposition était en outre contredite par son expérience: il n'était pas rare de voir un patient de 40-50 ans venir avec une résorption majeure, voire un kyste ou une infection au niveau osseux. La dent résorbée était alors perdue. On était donc bien en présence d'une menace qui faisait état, selon la jurisprudence, de maladie. La pathologie était sur la dent n°11 (résorption radiculaire) causée par cette dent n°13 en mauvaise position. Selon le Dr D_____, il n'y avait pas de mesure immédiate à prendre car la résorption s'était produite pendant le développement de la dentition. Pour le Dr B_____, cela ne pouvait être vérifié de manière certaine. Il était vrai que la racine résorbée ne serait pas guérie si on l'extrayait. Mais le fait de la laisser pouvait, comme l'expérience le montrait, entraîner un dommage plus important au niveau de la racine ou de l'os maxillaire, ayant comme conséquence la perte de la dent. D'ailleurs, la société française de chirurgie maxillo-faciale préconisait l'extraction de toute dent incluse entraînant une résorption radiculaire des dents avoisinantes, selon les pièces qu'il annexait. Attendre qu'un problème plus important survienne pour intervenir, n'était pas défendable, ni déontologique. Selon le Dr D_____, on pouvait laisser la dent n°13 en l'état, étant donné qu'il était extrêmement improbable que la résorption, qu'il caractérisait de superficielle, progresse puisqu'elle s'était formée pendant le développement de la dentition. Selon le Dr B_____, son expérience lui prouvait le contraire. En résumé, le refus du Dr D_____ s'appuyait sur le fait que la dent n°13 ne présentait pas de pathologie, mais il omettait de tenir compte de la dent n°11, qui elle, était pathologique. Il partait du principe que la situation était stable et qu'elle n'allait pas, ou à une très faible probabilité, se modifier dans le futur. L'expérience du Dr B_____ lui prouvait le contraire et il aurait vraiment dû mal à revoir le patient dix ans après, avec un problème plus important. [endif]>[if> 19. Le 10 octobre 2016, la chambre de céans a procédé à la confrontation des Drs B_____ et C_____. [endif]>[if> Le Dr B_____ a notamment expliqué qu'une dent incluse est une dent qui n'a pas fait éruption et qui se trouve dans l'os ; une dent résorbée est une dent qui a perdu une partie de sa substance (denture de la racine par exemple). Selon lui, il était exact que la situation de la couronne n'était pas celle d'une dislocation dentaire simple, dans la mesure où la dent n°13 avait déjà résorbé une partie des racines avoisinantes, ce qui devait être considéré comme pathologique. Il pensait qu'il s'agissait d'une pathologie, en ce sens que ce n'était pas tant la dent n°13 qui était affectée d'une pathologie, mais bien plutôt les dents avoisinantes, et plus particulièrement la dent n°11 dont la racine était partiellement résorbée. Selon la planche radiographique, la dent n°13, incluse, résorbait une partie de la racine de la dent n°11, résorption qui pour lui atteignait presque la pulpe, ce qui le conduisait à considérer que la résorption était déjà relativement importante, d'où la nature pathologique qu'il retenait. Le Dr C_____ a expliqué notamment que selon une classification publiée en 2000 concernant les quatre degrés de gravité des résorptions, dans le cas particulier, il s'agissait d'une résorption modérée au sens du stade C de ladite classification. La résorption touchait la denture, mais pas la cavité pulpaire (partie vivante de la dent). Selon lui, une pathologie radiculaire en soi, découverte dans le cadre d'un contrôle radiologique, sans plainte et sans autre symptôme clinique, n'avait pas valeur de maladie : ce n'était pas encore une maladie, ni une menace de développement d'une maladie, au degré de la probabilité prépondérante. Dans le cas particulier, la racine de la dent n°11 n'était effectivement pas normale, puisqu'elle était partiellement résorbée par la dent n°13, mais cet état n'avait pas de valeur de maladie, actuelle. L'extraction d'une canine incluse se faisait dans la majorité des cas pour pouvoir poser un implant et pas en raison d'une destruction complète de la dent adjacente (selon son expérience personnelle et

l'avis de quelques collègues), mais on manquait d'études scientifiques d'un haut niveau. L'absence dentaire, soit par inclusion ou agénésie, n'était pas considérée comme maladie grave. Le Dr B_____ a précisé que contrairement à ce que venait d'expliquer son confrère, la problématique ne résultait pas d'une découverte fortuite : sa patiente l'avait consulté parce qu'elle avait une dent de lait qui avait bougé. A la radiographie, cette dent avait une racine pratiquement totalement résorbée et la dent définitive était incluse, et en mauvaise position puisqu'elle commençait à résorber les dents avoisinantes et ne pouvait pas sortir normalement. La racine de la dent n° 11 était partiellement résorbée parce que la couronne de la dent n° 13 appuyait dessus. En ce sens, il s'agissait d'une situation qu'il fallait traiter pour éviter que cela progresse. On ne pouvait pas certifier que cette progression allait avoir lieu, et c'était également vrai pour le contraire. Toutefois, son expérience personnelle lui montrait que certains patients arrivaient à l'âge de 50 ans avec des dents qui bougeaient. Cela pouvait avoir pour conséquence que l'on doive enlever les incisives et les remplacer. C'était ce qu'il considérait dans le cas d'espèce comme une menace. Cette menace était celle de voir à terme un dommage plus important que si les choses étaient traitées dès maintenant. Par ailleurs, le Dr B_____ a confirmé que l'extraction litigieuse concernait la dent n° 13 et il a précisé que le but de l'extraction de la dent n'était pas de poser un implant. Le Dr C_____ a précisé que l'on devait distinguer le traitement en deux phases : l'extraction (phase 1) et la reconstruction (implant avec couronne sur implant – phase 2). Pour conclure avec la première phase, il était d'avis que l'intervention avait un caractère préventif et qui permettait de mettre un implant. L'une des idées maîtresses des praticiens était celle de la prévention, soit de l'intervention prise assez tôt dans le temps pour éviter que la maladie ne se déclare ou que la situation s'aggrave. Dans ce contexte, et par opposition à cette idée, entrainait en conflit la problématique des soins dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins. Selon lui, dans cette assurance, on n'était plus dans le cadre d'une vision préventive, mais dans le cadre de la prise en charge des soins avec valeur de maladie, et plus encore s'agissant de problèmes dentaires, de maladie qualifiée (caractère grave). Le Dr B_____ a répondu que dans le cas d'espèce, et selon lui, ce qui avait été fait jusqu'ici n'entraînait précisément pas dans le cadre de la prévention, mais consistait dans un traitement qu'il estimait nécessaire pour préserver la dent n° 11. Pour lui, ces interventions avaient pour but d'éviter le risque, soit la menace d'une aggravation de la situation. A l'argument du Dr D_____, selon lequel la situation existait, selon toute probabilité, depuis plus de dix ans lors de la fin de la formation de la dentition, le Dr B_____ a opposé son expérience, expliquant que la canine est une dent qui vient de très haut et qui descend progressivement; on observait en pratique que des canines définitives pouvaient faire irruption même à un âge avancé, apparaître dans le palais ou ailleurs. De même, une canine de lait pouvait rester en place pendant des dizaines d'années : si elle n'était pas résorbée par la dent définitive, elle finissait en principe par se résorber, mais beaucoup plus lentement. A la question de savoir ce qu'il ferait dans la même situation, le Dr C_____ a confirmé qu'il préconiserait le même traitement que celui effectué par le chirurgien traitant s'il s'agissait en finalité de placer un implant, mais il préciserait d'emblée à la patiente que cela n'entrerait pas dans le cadre de la prise en charge par l'assurance obligatoire des soins. En revanche, si la patiente ne souhaitait pas d'implant, il aurait laissé les choses en l'état, parce qu'il était convaincu que s'il n'y avait pas une symptomatologie particulière, on ne devait pas pratiquer ce genre d'intervention à titre préventif, car il ne fallait pas oublier qu'il ne s'agissait pas de quelque chose d'anodin, chez l'adulte. Le médecin-conseil a encore indiqué qu'il n'avait pas écrit « refus compliqué » sur le rapport du 18 octobre 2015 et il

pensait qu'il s'agissait probablement d'un gestionnaire. Par ailleurs, l'avis manuscrit du 27 janvier 2016 (pièce 2 chargée intimée) avait été rédigé et signé par le Dr D_____. Enfin, il produirait les études bernoises et autres dont il avait parlé au début de l'audience. A l'issue de l'audience, les parties ont persisté dans leurs conclusions. 20. Le 14 octobre 2016, le Dr C_____ a transmis diverses études sur la problématique des dents surnuméraires. 21. Par écriture du 14 novembre 2016, la recourante a notamment fait valoir que la nécessité médicale du traitement effectué était admise par la littérature et par le Dr C_____, mais niée par l'intimée se référant à l'avis du Dr D_____. Il existait une contradiction entre les deux médecins-conseils, l'un étant d'avis que la dent devait être extraite, l'autre qu'elle pouvait être laissée en place. Il y avait donc lieu de recourir à un expert. Par ailleurs, au vu des déclarations des deux témoins, la dent disloquée avait provoqué un dommage important à une dent avoisinante de sorte que le traitement devait être pris en charge par l'intimée. 22. Par écriture du 14 novembre 2016, l'intimée a rappelé que le caractère de maladie devait d'emblée être nié lorsque l'on était uniquement en présence d'une dislocation dentaire, de dents ou germes dentaires surnuméraires. Selon la jurisprudence, il existait un phénomène pathologique lorsqu'il provoquait des dommages importants aux dents avoisinantes ou qu'il risquait, avec une grande probabilité, de provoquer un tel dommage (risque imminent). En l'occurrence, les deux témoins entendus par la chambre de céans avaient admis que la dent incluse ne provoquait pas de dommage important aux dents avoisinantes puisque le Dr B_____ parlait dans son courrier du 14 juillet 2016, d'une menace uniquement, ce qu'il avait confirmé lors de son audition. Selon lui, il n'existait pas de risque imminent pouvant provoquer un dommage. Le Dr C_____ avait estimé, quant à lui, qu'il s'agissait d'une résorption modérée. Par ailleurs, au vu des déclarations du Dr B_____, il n'existait pas, selon une grande probabilité, un risque imminent de dommage important. L'intimée a versé à la procédure un avis du 21 septembre 2016 du docteur F_____, médecin-dentiste, selon lequel, sur la base de l'imagerie du 13 février 2015, la recourante présentait "une résorption radiculaire de 11 par le sac péri-coronaire de la dent 13 ectopique, sac qui paraît actif à cet endroit et il semble possible qu'une atteinte du canal pulpaire de 11 puisse survenir par la suite. Il n'est pas possible de prévoir ce genre de situation qui peut survenir, en fonction de la proximité avec les racines des dents voisines, dans n'importe quel cas de canine incluse." Selon l'intimée, cette analyse démontrait également que le phénomène pathologique ne provoquait pas de dommages importants aux dents avoisinantes. Ce rapport établissait aussi qu'un risque était possible, mais qu'il n'existait pas encore. Le Dr F_____ confirmait ainsi l'avis des Drs B_____, D_____ et G_____ selon lesquels il n'y avait ni dommage important actuel, ni risque imminent d'un tel dommage. En outre, selon une des études versées au dossier, le risque de résorption des racines dentaires adjacentes était faible et pouvait donc être négligé. C'était donc à juste titre qu'elle avait refusé la prise en charge de l'extraction. Si, par impossible, la chambre de céans devait conclure à l'admission du recours, la cause devait alors être renvoyée à l'intimée pour qu'elle se prononce sur la prise en charge de l'implant. 23. Le 16 novembre 2016, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger. 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) en vigueur depuis le 1 er janvier 2011, 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).! [endif]> [if> 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, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, sont applicables au cas d'espèce.! [endif]> [if> 3. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours doit être déclaré recevable (art. 56ss LPGA).! [endif]> [if> 4. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).! [endif]> [if> En l'occurrence, la recourante conclut à la prise en charge par l'intimée du traitement sollicité le 15 juillet 2015 par le Dr B _____, lequel portait sur l'extraction des dents n° 13 et 53, et l'implant n°13. Or, dans la mesure où, dans sa décision litigieuse, l'intimée s'est prononcée exclusivement sur la prise en charge de l'extraction de la dent n°13, le recours de la recourante sera déclaré irrecevable en tant qu'il conclut à la prise en charge de l'extraction de la dent n°53 et de l'implant n°13. 5. Le litige porte donc sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les coûts de l'extraction de la dent n°13.! [endif]> [if> 6. La recourante fait tout d'abord valoir l'absence de motivation de la décision querellée.! [endif]> [if> Conformément à l'art. 49 al. 3 LPGA, les décisions doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties. Pour répondre à ces exigences, l'administration doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidée et sur lesquels elle a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués (ATF 134 I 83 consid. 4.1 et les arrêts cités). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt du Tribunal fédéral 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, in RDAF 2009 II p. 434). En l'occurrence, contrairement à ce qu'avance la recourante, la décision litigieuse permet de comprendre les éléments de faits et droit qui ont été retenus, ce qui est corroboré, au demeurant, par la teneur des écritures que la recourante a produites. Il s'ensuit que l'intimée n'a pas violé l'obligation de motiver sa décision. 7. La recourante conclut à ce que la pièce n°2 du chargé de l'intimée soit écartée.! [endif]> [if> La chambre de céans constate que, contrairement à ce que fait valoir la recourante, cette pièce comprend notamment un rapport manuscrit rédigé le 27 janvier 2016 en allemand par le Dr D _____ - ce que l'audition du Dr C _____ a permis de confirmer – et qu'une traduction libre en français du résumé dudit rapport figure dans la décision litigieuse (consid. 9). La conclusion prise par la recourante concernant la pièce n°2 du chargé de l'intimée sera donc rejetée. 8. a. Selon l'art. 31 al. 1 LAMal, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des soins dentaires:! [endif]> [if> 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. Selon l'art. 33 al. 2 LAMal, il appartient au Conseil fédéral de désigner en détail les prestations prévues à l'art. 31 al. 1 LAMal. A l'art. 33 let. d de l'ordonnance sur l'assurance-maladie du

27 juin 1995 (OAMal ; RS 832.102), le Conseil fédéral, comme le permet l'art. 33 al. 5 LAMal, a délégué à son tour cette compétence au Département fédéral de l'intérieur (DFI). Le DFI a fait usage de cette sous-délégation aux 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). L'art. 17 OPAS, édicté en exécution de l'art. 31 al. 1 let. a LAMal, renferme une liste des maladies graves et non évitables du système de la mastication. Cette liste est exhaustive (ATF 124 V 185 consid. 4 et 346 consid. 3a). Sous le titre "Maladies du système de la mastication", l'art. 17 let. a OPAS a la teneur suivante: A 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 er let. a LAMal): a. maladies dentaires: 1. granulome dentaire interne idiopathique, 2. dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, pouvant être qualifiées de maladie (par exemple: abcès, kyste). b. Le Tribunal fédéral des assurances a confié à un collège d'experts, le 28 mars 2000, une expertise de principe en matière de médecine dentaire. Ils ont répondu aux questions posées sur un plan général, c'est-à-dire abstraction faite des cas particuliers pendant devant le tribunal. Ils ont ainsi fourni les éléments qui permettent une interprétation de la loi fondée sur une meilleure compréhension de la science médicale dont elle s'inspire. Les experts ont été invités à se prononcer sur le caractère de maladie en présence de dislocations dentaires (position ectopique des dents), dents ou germes dentaires surnuméraires au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS. Ils ont estimé qu'il devait s'agir d'une maladie qualifiée par rapport à la notion de maladie définie à l'art. 2 al. 1 LAMal. Du moment que les notions de "dislocations dentaires" et de "dents ou germes dentaires surnuméraires" visent aussi bien des maladies sévères que des affections de peu de gravité du système de la mastication, il est possible, grâce à ce critère de distinction, de délimiter les maladies graves - c'est-à-dire celles qui revêtent le caractère de maladie au sens de l'ordonnance - des autres affections qui ne peuvent pas être qualifiées de graves et qui, en conséquence, ne tombent pas sous le coup de l'art. 31 al. 1 LAMal (ATF 127 V 391 consid. 3a). Sur la base des conclusions des experts, 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. La répétition du terme "maladie" à l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS vise à mettre l'accent sur la condition de gravité requise de manière générale à l'art. 17 OPAS. En effet, dans le cas de dislocations dentaires, dents ou germes dentaires surnuméraires, il se trouve précisément un nombre prépondérant d'affections légères par rapport aux atteintes à la santé qui revêtent un caractère de gravité (ATF 127 V 391 consid. 3a; ATF 127 V 334 consid. 5b). Afin d'être en mesure d'évaluer le degré de gravité de la maladie en cas de dislocations dentaires, de dents ou germes dentaires surnuméraires, les experts opèrent une distinction entre la dentition en développement - en règle ordinaire jusqu'à l'âge de 18 ans - et la dentition définitive. S'agissant d'une dentition en développement, l'affection peut avoir valeur de maladie lorsqu'elle provoque une entrave à son développement ordonné ou en présence d'un phénomène pathologique. Pour ce qui est d'une dentition définitive, une entrave à un

développement ordonné de la dentition n'entre pas en ligne de compte; l'état de maladie se limite ici à un phénomène pathologique. Toujours selon les experts, on parle de phénomène pathologique quand il est en relation avec une dislocation dentaire ou des dents ou germes dentaires surnuméraires, qu'il ne peut être combattu par des mesures prophylactiques, qu'il provoque des dommages importants aux dents avoisinantes, à l'os maxillaire ou aux tissus mous avoisinants ou encore qu'il risque, selon une évaluation fondée sur un examen clinique ou au besoin radiologique, de provoquer avec une grande probabilité de tels dommages et qu'à défaut d'intervention il en résulterait une atteinte au système de la mastication. A titre d'exemples de dommages importants aux dents avoisinantes, à l'os maxillaire ou aux tissus mous avoisinants, les experts mentionnent l'abcès, le kyste, pour autant qu'ils ne soient pas causés par des caries ou une parodontite évitables, la résorption ou le refoulement de dents avoisinantes, des poches de parodontose déjà constituées auprès de dents avoisinantes, une péricoronarite chronique-récurrente (formation débutante d'un abcès) auprès de dents de sagesse, de même que des dents incluses en contact avec la cavité buccale, qui constituent un facteur de risque d'abcès résultant de caries inévitables (ATF 127 V 391 consid. 3c). Le Tribunal fédéral des assurances a considéré, en se ralliant au point de vue des experts, qu'il convenait de reconnaître un caractère de maladie au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS aux entraves à un développement ordonné de la dentition ou à un phénomène pathologique, pour ce qui est de la dentition en développement, et à un phénomène pathologique, pour ce qui est de la dentition définitive. Le phénomène pathologique doit provoquer des dommages importants aux dents avoisinantes ou, sous certaines conditions, représenter un risque imminent d'un tel dommage. En conséquence, le caractère de maladie doit d'emblée être nié lorsqu'on est uniquement en présence d'une dislocation dentaire, de dents ou germes dentaires surnuméraires, par exemple quand l'écart par rapport à la position et à l'axe normaux dépasse une valeur minimale (ATF 127 V 336 consid. 7a). En outre, ainsi qu'on l'a vu, l'obligation de prise en charge par l'assurance-maladie suppose ici une atteinte qualifiée à la santé: toute affection provoquée par une dislocation dentaire, des dents ou germes dentaires surnuméraires, ne justifie donc pas que des mesures diagnostiques ou thérapeutiques soient prises en charge par l'assurance-maladie (ATF 127 V 391 consid. 4).

9. 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).

10. 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).>[if> 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. Etant 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). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). 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). 11. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst - RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).>[if> 12. 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).>[if> 13.

En l'occurrence, l'intimée a refusé la prise en charge de l'extraction de la dent n°13, ce que la recourante conteste en se fondant sur l'avis de son chirurgien traitant, le Dr B_____.! [endif]>![if> On rappellera que les juges fédéraux ont retenu qu'il y a lieu de qualifier de maladies graves, c'est-à-dire celles qui revêtent le caractère de maladie au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS, un phénomène pathologique qui est en relation avec une dislocation dentaire et qui provoque des dommages importants aux dents avoisinantes. En l'espèce, aucun chirurgien ne conteste que la recourante présentait une dislocation dentaire, dans le sens où sa dent n°13 définitive était incluse et en mauvaise position (rapport du Dr D_____ du 27 janvier 2016, avis du Dr C_____ du 18 octobre 2015, rapport du Dr B_____ du 14 juillet 2016, procès-verbal d'audition des Drs C_____ et B_____). A cet égard, le Dr D_____ a expliqué notamment que la dent n°13 était située en région palatine directement contre la racine de la dent n°11 (cf. la traduction libre en français établie par l'intimée, décision litigieuse, consid. 9). Par ailleurs, aucun médecin-conseil de l'intimée ne conteste que la dent n°13 de la recourante avait résorbé en partie sa dent n°11. Ainsi, dans son rapport du 27 janvier 2016, le Dr D_____ a indiqué que la résorption de la racine de la dent n°11 avait été causée par la dent n°13 et qu'il s'agissait d'une pathologie (cf. traduction libre en français établie par l'intimée, décision litigieuse, consid. 9). Le Dr C_____ a également expliqué, par-devant la chambre de céans, que la racine de la dent n°11 avait été partiellement résorbée par la dent n°13 (procès-verbal d'audition p. 3). En outre, le Dr F_____ a aussi confirmé que la recourante présentait une résorption de la racine de la dent n°11 due à la dent n°13 (rapport du 21 septembre 2016), corroborant ainsi l'avis du Dr B_____. Force est donc d'admettre qu'il est établi que la recourante présentait une dislocation dentaire provoquant la résorption d'une dent avoisinante. Or, la résorption d'une dent provoquée par une dislocation dentaire est considérée, par les experts mandatés par le Tribunal fédéral des assurances, comme étant un phénomène pathologique provoquant un dommage important (ATF 127 V 391 consid. 3c/bb). Le Dr C_____ est certes d'avis que la résorption dentaire présentée par la recourante n'a pas valeur de maladie étant donné qu'elle n'était que modérée et qu'elle avait été découverte de manière fortuite. La chambre de céans relèvera que dans la mesure où les experts mandatés par le Tribunal fédéral des assurances ont retenu que toute résorption des dents avoisinantes doit être considérée comme un dommage important aux dites dents - sans distinguer son degré de gravité, ni la manière dont elle a été découverte - les arguments du Dr C_____ manquent de pertinence. Le Dr D_____ est également d'avis qu'il était improbable que la résorption de la racine de la dent n°11 ait continué étant donné qu'elle avait été causée il y a plus de dix ans. Or, comme le Dr B_____ l'a expliqué de manière convaincante, il ne s'agit que d'une supposition étant donné qu'il n'existe pas de document ancien de dix ans permettant de prouver que la résorption existerait depuis lors, que cet état est stable et qu'il n'a aucune chance de se modifier (rapport du 14 juillet 2016). En outre, selon le Dr F_____, il semblait possible, au vu des clichés du 13 février 2015, qu'une atteinte du canal pulpaire de la dent n° 11 puisse survenir par la suite, sans qu'il soit toutefois possible de le prévoir (rapport du 21 septembre 2016). La chambre de céans ajoutera encore, qu'au demeurant, il n'est pas nécessaire, vu les conditions jurisprudentielles posées pour retenir la présence d'un phénomène pathologique, de démontrer qu'un dommage plus important risquerait de se produire. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que la recourante présentait un phénomène pathologique en relation avec une dislocation dentaire (dent n°13), qui a provoqué un dommage important à une dent avoisinante, soit la résorption de la dent n°11, et dont il n'est, par ailleurs, pas contesté qu'il ne pouvait être combattu par des mesures

prophylactiques. La recourante présentait donc une maladie grave et non évitable du système de la mastication au sens de l'art. 17 let. a ch. 2 OPAS. Etant donné que les pièces versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, la mise en œuvre d'une expertise s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. Aussi, la conclusion préalable de la recourante est-elle rejetée. Partant, c'est à tort que l'intimée a refusé la prise en charge des frais de l'extraction de la dent n° 13 de la recourante. 14. Bien fondé, le recours sera admis en tant qu'il est recevable. La décision litigieuse du 23 février 2016 sera annulée, l'intimée étant condamnée à prendre en charge les frais de l'extraction de la dent n°13 et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle statue sur la prise en charge de l'implant n°13. 15. La recourante, représentée par son conseil et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA – E 5 10.03]). 16. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 89H al. 1 LPA).
PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.