

# **NE\_GERICHTE ARMP.2024.62 vom 27. Mai 2024**

NE Tribunal cantonal, 2024-05-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_ARMP.2024.62](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_ARMP.2024.62)

FR: NE\_GERICHTE ARMP.2024.62 du 27 mai 2024

IT: NE\_GERICHTE ARMP.2024.62 del 27 maggio 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

### **E. 2**

a) Aux termes de l'article 27 LAMal, en cas d'infirmité congénitale (art. 3 al. 2 LPGA) non couverte par l'assurance-invalidité, l'assurance obligatoire des soins prend en charge les coûts des mêmes prestations qu'en cas de maladie. Cette disposition a pour but de coordonner les réglementations de l'assurance-invalidité et de l'assurance-maladie en cas d'infirmité congénitale au sens de l'annexe à l'OIC. Selon la jurisprudence, l'assurance-maladie doit prendre en charge les coûts à la place de l'assurance-invalidité dès que celle-ci met un terme à ses prestations (arrêt du TF du 16.04.2010 [9C\_223/2009] cons. 2.2). Les traitements dentaires consécutifs à une infirmité congénitale n'ouvrent toutefois le droit aux prestations de l'assurance-maladie obligatoire des soins que lorsque les conditions de l'article 31 al. 1 LAMal sont remplies (ATF 129 V 80). Selon cette disposition, 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). La liste des affections se rapportant à chacune de ces éventualités (let. a à c) figure aux articles 17 à 19a de l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) et elle est exhaustive (ATF 129 V 80 cons. 1.3). Selon l'article 19a al. 1 OPAS, l'assurance prend en charge les coûts des traitements dentaires occasionnés par les infirmités congénitales, au sens de l'alinéa 2, lorsque les traitements sont nécessaires après la 20<sup>ème</sup> année (let. a) ou que les traitements sont nécessaires avant la 20<sup>ème</sup> année pour un assuré soumis à la LAMal mais qui n'est pas assuré par l'assurance-invalidité fédérale (let. b). b) Certaines affections congénitales ne sont reconnues comme invalidantes que lorsqu'elles atteignent un degré de gravité précis. Pour ces maladies – dont par exemple la micromandibulie (ch. 208 de l'annexe à l'OIC) ou la prognathie (ch. 210 de l'annexe à l'OIC) –, le Conseil fédéral s'est distancié de la notion qu'il avait définie à l'article 1 al. 1 OIC. Il a qualifié de congénitale l'infirmité qui ne peut être considérée comme telle à la naissance de l'enfant faute de gravité suffisante, mais se développe sur la base de l'état existant au moment de la naissance et atteint finalement le degré de gravité requis pour sa prise en charge par l'assurance-invalidité (cf. ATF 120 V 89 cons. 2a et les références citées). Se calquant sur l'annexe à l'OIC, l'article 19a al. 2 OPAS dresse la liste de toutes les maladies congénitales pour lesquelles les soins dentaires doivent être pris en charge par l'assurance-maladie et à quelles conditions. A l'instar de la prognathie inférieure congénitale (art. 19a al. 2 ch. 21 OPAS; arrêt du TF du 04.03.2015 [9C\_669/2014] cons. 5.2), la micromandibulie congénitale (art. 19a al. 2 ch. 20 OPAS) – que la jurisprudence assimile, comme la

prognathie ( ATF 120 V 80 ), à une maladie grave non évitable du système de la mastication au sens de l'article 31 al. 1 let. a LAMal (arrêt du TF du 16.04.2010 [9C\_223/2009] cons. 4.1) – est une affection qui peut être prise en charge par l'assurance-maladie lorsque les conditions spécifiques du chiffre 20 de l'article 19a al. 2 OPAS sont remplies, à savoir : · lorsqu'elle entraîne au cours de la première année de la vie des troubles de la déglutition et de la respiration nécessitant un traitement ou, · lorsque l'appréciation céphalométrique après l'apparition des incisives définitives montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB de 9 degrés et plus (respectivement par un angle ANB d'au moins 7 degrés combiné à un angle maxillo-basal d'au moins 37 degrés) ou, · lorsque les dents permanentes, à l'exclusion des dents de sagesse, présentent une non occlusion d'au moins trois paires de dents antagonistes dans les segments latéraux par moitié de mâchoire. Dans un arrêt du 29 décembre 2006 (K 146/05), le Tribunal fédéral a ainsi accueilli favorablement le recours d'un assureur-maladie condamné à prendre en charge le traitement de l'infirmité congénitale d'une quarantenaire, au motif que les conditions spécifiques, notamment de la micromandibulie congénitale, n'étaient pas remplies. Dans une jurisprudence récente, la Haute Cour semble toutefois avoir assoupli sa position tranchée. Amené à se prononcer sur le refus de prise en charge par l'assurance-invalidité des frais de traitement d'une prognathie (ch. 210 de l'annexe de l'OIC), dont était affecté un enfant de 7 ans, motif pris que cette infirmité congénitale n'avait pas atteint le degré de gravité requis pour sa prise en charge selon l'OIC, le Tribunal a considéré ce qui suit (arrêt du 04.03.2015 [9C\_669/2014] cons. 5.2) : " La prognathie est dès lors une affection qui peut être reconnue comme une infirmité congénitale et qualifiée de grave uniquement lorsque les conditions du chiffre 210 de l'annexe de l'OIC sont remplies. Contrairement à ce que soutient l'assuré, cela n'équivaut cependant pas à condamner toute forme de traitement préventif et à laisser souffrir inutilement un enfant dès lors que, d'une part, si le degré de gravité fixé par les dispositions réglementaires devait être atteint malgré le traitement préventif, le recourant aurait droit aux mesures médicales nécessitées par l'infirmité congénitale depuis le début du traitement (cf. ATF 120 V 89 consid. 3 p. 92 s.) et que, d'autre part, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge les coûts à la place de l'assurance-invalidité lorsque - notamment - l'affection ne relèverait pas de la liste des infirmités congénitales citées en annexe de l'OIC en raison de son importance minimale (cf. art. 27 LAMal; voir aussi Michel Valterio, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], 2011, n° 1541 p. 417 s.). Dans la mesure où la législation suisse prévoit un système de coordination des réglementations de l'assurance-invalidité et l'assurance-maladie permettant la prise en charge des frais d'une prognathie dès que la nécessité d'un tel traitement se fait sentir, le grief du recourant concernant la violation du principe de la proportionnalité ou d'une interprétation des règles applicables contraire au but des mesures médicales prévues par l'article 13 LAI tombe à faux. On ajoutera par ailleurs que l'intervention du juge dans le domaine de la science médicale et de la méthode servant à déterminer le degré de gravité d'une infirmité congénitale sous couvert d'un contrôle de la légalité ne doit se faire qu'avec grande retenue (cf. arrêt 9C\_835/2011 du 1<sup>er</sup> octobre 2012 consid. 7.2 in fine in : SVR 2013 KV no 8 p.41) et surtout, compte tenu de ce qui précède, n'a aucune raison d'être en l'occurrence." En précisant dans cet arrêt qu'il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge les coûts à la place de l'assurance-invalidité lorsque – notamment – l'affection ne relèverait pas de la liste des infirmités congénitales citées en annexe de l'OIC en raison de son importance minimale, il ne peut avoir échappé au Tribunal fédéral que non seulement l'article 19a al. 2

OPAS dresse une liste exhaustive des infirmités congénitales prises en charge par l'assurance-maladie, mais surtout que les conditions spécifiques de prise en charge, notamment de la prognathie (à l'instar d'ailleurs de la micromandibulie), sont identiques dans l'assurance-invalidité (ch. 210 et 208 de l'annexe de l'OIC) et dans l'assurance-maladie (art. 19a al. 2 ch. 22 et 20 OPAS). Il faut donc voir dans cet arrêt la volonté d'affirmer le principe de la coordination, qui doit permettre une prise en charge du traitement d'une infirmité congénitale par l'assurance-maladie lorsque l'assurance-invalidité ne peut intervenir parce que cette affection n'a pas atteint un degré précis, indépendamment du fait que l'assurance-maladie pose la même condition; autrement, cette jurisprudence n'aurait aucune portée.

### **E. 3**

En l'espèce, il n'est pas contesté que le recourant souffre d'une micromandibulie congénitale (ch. 208 de l'annexe à l'OIC et art. 19a al. 2 ch. 20 OPAS) et que la téléradiographie réalisée le 24 mars 2010 a révélé un angle ANB de 8.6 degrés, arrondi à 9 degrés pour atteindre la valeur limite OIC-OPAS (courrier du 14.09.2015 du Dr A. \_\_\_\_\_). Cela étant, le point de savoir si c'est à tort ou à raison que, en toute connaissance de cause, l'assurance-invalidité a pris en charge, du 24 mars 2010 au 30 novembre 2015 (mois au cours duquel l'assuré avait 20 ans révolus), les traitements que cette infirmité nécessitait, alors que l'angle ANB était en réalité inférieur au degré requis pour ouvrir droit aux prestations de l'assurance-invalidité, n'est pas déterminant pour la présente cause. Que la pratique d'arrondir les valeurs angulaires soit ou ne soit pas correcte, l'intéressé n'en demeure pas moins affecté d'une infirmité congénitale qui, si elle n'atteignait pas le degré de gravité requis pour être pris en charge par l'assurance-invalidité, aurait dû l'être, à sa place, par l'assurance-maladie, selon la jurisprudence précitée, ou qui, si elle avait atteint le degré de gravité requis, aurait dû de toute façon être prise en charge par l'assurance-maladie pour la période au-delà du 30 novembre 2015. Dans les deux cas toutefois, la prise en charge par l'assurance-maladie ne peut intervenir que si les traitements, dont la prise en charge est requise, sont nécessaires après la 20<sup>ème</sup> année (art. 19a al. 1 OPAS). Il suit de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle examine si cette condition est remplie, avant de rendre une nouvelle décision.

### **E. 4**

Il n'est pas perçu de frais, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPG). Vu l'issue de la cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à une indemnité de dépens. En l'absence d'un état des honoraires et des frais, cette indemnité peut, tout bien considéré, être fixée équitablement à 1'000 francs, frais et TVA compris, compte tenu que Me C. \_\_\_\_\_ représentait déjà le recourant en procédure d'opposition.