

NE_GERICHTE CDP.2018.312 vom 4. Juni 2019

NE Tribunal cantonal, 2019-06-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2018.312

FR: NE_GERICHTE CDP.2018.312 du 4 juin 2019

IT: NE_GERICHTE CDP.2018.312 del 4 giugno 2019

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

a) Selon l'article 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'article 31 al. 1 LAMal, ils sont pris en charge par l'assurance obligatoire des soins 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 encore s'ils sont nécessaires pour traiter une maladie grave ou ses séquelles (let. c). Conformément à l'article 33 al. 2 et 5 LAMal, en liaison avec l'article 33 let. d OAMal, le Département fédéral de l'intérieur a édicté les articles 17, 18 et 19 de l'OPAS, qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'article 31 al. 1 let. a à c LAMal. Ainsi, l'article 17 OPAS énumère les maladies graves et non évitables du système de la mastication au sens de l'article 31 al. 1 let. a LAMal, qui ouvrent le droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins. L'article 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'article 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'article 19a OPAS règle les conditions de la prise en charge des frais dentaires occasionnés par certaines infirmités congénitales. Selon une jurisprudence constante, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie est exhaustive (ATF 130 V 464 cons. 2.3, 129 V 80 cons. 1.3, 275 cons. 3.2, 127 V 328 cons. 3a, 339 cons. 3b, 124 V 185). b) L'article 17 OPAS renferme une liste des maladies graves et non évitables du système de la mastication. Le Tribunal fédéral 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 de cette disposition est plus restrictive que la notion de maladie valable généralement dans l'assurance-maladie sociale (art. 3 al. 1 LPGA). En d'autres termes, le degré de gravité de la maladie est une des conditions de la prise en charge par l'assurance-maladie des traitements dentaires; les maladies qui ne présentent pas ce degré de gravité n'entrent pas dans les prévisions de l'article 31 al. 1 LAMal (ATF 127 V 333 cons.

5a et b; SVR 2002 KV 39 142 cons. 3d; cf. aussi arrêt du TF du 29.12.2006 [K 146/05] cons. 2). Au nombre des maladies graves et non évitables du système de la mastication ouvrant droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins figurent notamment les dysgnathies qui provoquent des affections pouvant être qualifiées de maladies, tels qu'un syndrome de l'apnée du sommeil (art. 17 let. f ch. 1 OPAS), des troubles graves de la déglutition (art. 17 let. f ch. 2 OPAS) ou des asymétries graves cranio-faciales (art. 17 let. f ch. 3 OPAS). Selon la jurisprudence, 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 125 V 19 cons. 3a; SVR 1999 KV 11, p. 25 cons. 1). Seules les dysgnathies inévitables peuvent être reconnues comme maladie du système de la mastication et entraîner l'obligation de prise en charge de l'assureur. Cela étant, le fait qu'elles figurent à l'article 17 let. f OPAS ne permet pas de les qualifier d'emblée d'inévitables (ATF 129 V 275 cons. 6.1). Par ailleurs, toutes les dysgnathies inévitables au sens de l'article 17 let. f OPAS ne doivent pas nécessairement revêtir les formes les plus graves. Les dysgnathies dont il est question à l'article 17 let. f ch. 1 OPAS ne doivent pas être graves en soi; seuls leurs effets – à savoir le syndrome d'apnée du sommeil – doivent l'être. De même, les dysgnathies au sens de l'article 17 let. f ch. 2 OPAS doivent entraîner des troubles graves de la déglutition. Seules les dysgnathies mentionnées à l'article 17 let. f ch. 3 OPAS revêtent en soi un caractère de gravité dans la mesure où elles provoquent des asymétries cranio-faciales graves (ATF 129 V 275 cons. 6.2). Enfin, la liste contenue à l'article 17 let. f OPAS n'est pas exemplative mais limitative; seules, et pour autant qu'elles puissent être qualifiées de maladies, les affections mentionnées aux chiffres 1 à 3 provoquées par des dysgnathies inévitables sont susceptibles d'entraîner la prise en charge des coûts de traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins (arrêt du TF du 29.12.2006 [K 146/05] cons. 3) . c) 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 (art. 27 LAMal). Aux termes de 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 vingtième année (let. a) ou que les traitements sont nécessaires avant la vingtième année pour un assuré soumis à la LAMal mais qui n'est pas assuré par l'assurance-invalidité fédérale (let. b). L'article 27 LAMal 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. Ainsi, par exemple, elle doit suppléer l'assurance-invalidité lorsque, en raison de l'accomplissement de la vingtième année, les suites d'une infirmité congénitale au sens de l'article 1 al. 1 OIC ne peuvent plus être prises en charge par l'assurance-invalidité (art. 13 al. 1 LAI) ou lorsque, en raison de son importance minime, cette infirmité a été biffée de la liste des infirmités congénitales mentionnée à l'annexe à l'OIC (art. 13 al. 2, seconde phrase, LAI; ATF 126 V 103 cons. 3b/aa et la référence; cf. aussi arrêt du TF du 16.04.2010 [9C_223/2009] cons. 2.1 et

E. 2.3

et les références citées). Selon la jurisprudence, les traitements dentaires consécutifs à une infirmité congénitale au sens de l'article 27 LAMal n'ouvrent toutefois droit aux prestations de l'assurance-maladie obligatoire des soins que lorsque les conditions de l'article 31 al. 1

LAMal sont réalisées (ATF 129 V 80). Précisant ce principe, le Tribunal fédéral a jugé que seuls doivent être considérés comme nécessaires après la vingtième année au sens de l'article 19a al. 1 let. a OPAS les traitements dentaires occasionnés par une infirmité congénitale qui, en raison d'une indication médicale, requièrent des soins après l'accomplissement de la vingtième année. C'est pourquoi l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ne peut être appelée à prendre en charge des frais occasionnés par des traitements qui auraient pu être exécutés avant l'accomplissement de la vingtième année – partant, être pris en charge par l'assurance-invalidité – et qui ne l'ont pas été pour des motifs échappant à la sphère d'influence de l'assurance-maladie (ATF 130 V 294 ; cf. aussi arrêts du TF des 30.08.2010 [9C_237/2010] cons. 2.2 et 16.04.2010 [9C_223/2009] cons. 2.3 et les références citées) . Au nombre des infirmités congénitales susceptibles de justifier la prise en charge des traitements dentaires qu'elles occasionnent figurent notamment la micromandibulie congénitale inférieure, 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, soit l'appréciation céphalométrique montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB de 9 degrés et plus (ou par un angle ANB d'au moins 7 ° combiné à un angle maxillo-basal d'au moins 37 °), soit 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 (art. 19a al. 2 ch. 20 OPAS). d) Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA), l'administration ou le juge constate les faits d'office, avec la collaboration des parties et administre les preuves nécessaires (arrêt du TF du 14.10.2011 [9C_106/2011] cons. 3.3.1 et la référence citée). Plus spécifiquement, les faits pertinents de la cause doivent être, au premier chef, constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 324 cons. 3.2 et 3.3, 126 V 360 cons. 5b, 125 V 195 cons. 2 et les références citées). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, le juge 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 (ATF 125 V 351). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour

la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 cons. 5.1, 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a; arrêt du TF du 24.10.2017 [8C_75/2017] cons. 3.4). Les rapports établis par les médecins internes à l'assureur social n'ont pas la même valeur probante qu'une expertise recueillie en application de l'article 44 LPGa auprès d'un spécialiste externe, ou qu'une expertise judiciaire. Ils doivent être pris en considération, mais en l'absence d'une expertise externe, s'il existe un doute, même faible, sur leur fiabilité et leur pertinence, il conviendra d'ordonner des investigations complémentaires (ATF 137 V 210 , 135 V 465 cons. 4.6). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Un rapport médical ne saurait en effet être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (ATF 125 V 351 cons. 3b/bb et cc et les références citées; arrêts du TF des 14.06.2017 [8C_796/2016] cons. 3.3, 23.06.2008 [9C_773/2007] cons. 5.2).

E. 3

a) En l'espèce, le recourant estime tout d'abord que l'intimée devrait prendre en charge le traitement ortho-chirurgical, en application de l'article 19a let. a OPAS , dès lors que la première indication médicale pour le traitement de son infirmité congénitale date, selon lui, de 2016, soit lorsqu'il était âgé de plus de vingt ans. Il n'est pas contesté par l'intimée que le recourant souffre d'une micromandibulie congénitale inférieure au sens de l'article 19a al. 2 ch. 20 OPAS , dont les conditions céphalométriques sont remplies au sens du chiffre 209 OIC, soit d'une affection correspondant à une dysgnathie, terme générique pour différentes formes d'anomalies de la mâchoire ou du développement de la mâchoire (ATF 129 V 275 cons. 6.1). Ainsi, convient-il uniquement de déterminer si l'indication médicale était donnée avant la vingtième année ou si, au contraire, des raisons médicales exigeaient que le traitement dentaire occasionné par l'infirmité fût pratiqué seulement au moment où l'assuré avait plus de vingt ans (ATF 130 V 463 cons. 3). En l'occurrence, la demande de prise en charge de l'intervention en cause a été adressée à l'OAI le 29 mars 2016, soit lorsque le recourant avait déjà atteint l'âge de vingt ans. Cela étant, la date à laquelle une requête de prise en charge de frais de traitements dentaires occasionnés par une infirmité congénitale intervient auprès d'un assureur social importe finalement peu; ce qui est déterminant c'est que les soins en question n'aient pas pu être pratiqués avant la vingtième année de l'assuré pour des raisons médicales. Comme déjà dit, l'assurance obligatoire des soins ne peut pas être appelée à répondre des coûts résultant de traitements qui auraient pu être effectués avant cette limite temporelle, mais qui ne l'ont pas été pour des motifs échappant à la sphère d'influence de l'assurance-maladie (cf. cons. 2c ci-avant). Or, non seulement le recourant ne prétend pas expressément que l'intervention envisagée n'aurait pas pu être exécutée avant l'accomplissement de sa vingtième année et n'invoque aucun élément permettant de le soutenir, mais de plus les éléments au dossier permettent de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'infirmité congénitale de l'assuré aurait pu être traitée avant qu'il n'ait vingt ans révolus. Dans un courrier du 17 juin 2016, le

Dr B. _____ a mentionné que le recourant présentait déjà une fatigue diurne et parfois une somnolence au début de son adolescence. Dans son courrier du 23 mars 2017 à l'adresse de l'intimée, il a signalé avoir documenté, en juin 2010, avec un index de 10/21 sur l'échelle d'Epworth, la fatigue et la somnolence diurnes que présentait le recourant. En outre, le Dr C. _____ a indiqué, dans son rapport du 6 novembre 2017 à l'attention d'Assura, ce qui suit : ■ ce jeune homme souffre d'une infirmité congénitale, soit un mordex apertux [recte : apertus] congénital (209), qui pour la correction aurait dû être pris en charge durant son enfance, par l'assurance-invalidité ■ . Si on ignore les motifs pour lesquels un tel traitement n'a pas été prescrit à l'assuré avant sa vingtième année, il n'en demeure pas moins que les pièces au dossier permettent d'admettre, avec un degré de vraisemblance prépondérante, que l'intervention en cause aurait pu être prescrite avant que le recourant n'ait vingt ans et qu'il n'y avait pas de raisons médicales qui auraient exigé que les soins dentaires occasionnés par l'infirmité ne fussent pratiqués qu'alors que l'intéressé avait dépassé cette limite temporelle. Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimée a refusé de prendre en charge le traitement ortho-chirurgical requis, en application de l'article 19a al. 1 let. a OPAS . b) Dans un second grief, le recourant fait valoir que l'intimée devrait prendre en charge les frais découlant de ladite intervention, sur la base de l'article 17 let. f ch. 1 OPAS , au motif que le SHRVAS est à présent reconnu comme étant un syndrome de l'apnée du sommeil, selon la dernière classification internationale des pathologies du sommeil. Selon la jurisprudence, l'Atlas des maladies avec effet sur le système de la mastication (Atlas SSO) réalisé par la Société suisse d'odontostomatologie (SSO) et le Guide-LAMal de la Société suisse de chirurgie maxillo-faciale sont à considérer comme des recommandations ne liant pas le juge des assurances sociales (ATF 124 V 351 cons. 2e). Le Tribunal fédéral a relevé que ces publications ne fournissaient que peu de réponses de principe aux questions posées, qu'elles abordaient selon une méthode casuistique, respectivement qu'elles aboutissaient à des conclusions divergentes sur nombre de questions particulières (ATF 127 V 391 cons. 2c). Ces deux guides divergeaient notamment quant à la définition du syndrome d'apnées du sommeil avec valeur de maladie au sens de l'article 17 let. f ch. 1 OPAS , en particulier s'agissant de la question d'un index de références pour le nombre minimum d'apnées par heure. Ils s'accordaient toutefois sur le fait qu'au moment de poser le diagnostic, le tableau clinique complexe et les différents symptômes devaient être pris en considération (cf. arrêt du Tribunal administratif du canton d'Obwald du 25.04.2007 [VVG 2007/08 Nr. 42], p. 192 cons. 3b et 3c) . Pas plus que les publications susdites, qui en tant que recommandations d'un groupe professionnel dépourvues de tout caractère normatif ne sont pas contraignantes pour le juge des assurances sociales, la classification internationale des pathologies du sommeil, outil de diagnostics auquel se réfère l'assuré, ne lie la Cour de céans, qui – examinant de manière objective tous les moyens de preuve – doit décider si les documents à disposition lui permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux, soit de déterminer si l'intéressé présente un syndrome d'apnée du sommeil avec valeur de maladie au sens de l'article 17 let. f ch. 1 OPAS . Dans son rapport du 17 juin 2016, le Dr B. _____ a pris les conclusions suivantes : ■ (...) la polygraphie n'a pas montré d'apnées pouvant expliquer la somnolence et la fatigue dont se plaint le patient. En revanche l'analyse de la courbe de flux montre d'assez fréquentes limitations de la phase inspiratoire indiquant une limitation des débits inspiratoires indiquant la présence d'un syndrome des résistances augmentées des voies aériennes supérieures qui peut expliquer les symptômes diurnes. Dans ce cadre et malgré l'absence d'apnées, un traitement est indiqué soit par la mise en

place d'une orthèse d'avancement mandibulaire confectionnée sur mesure, soit, en fonction du résultat de cet essai, par une chirurgie maxillo-faciale. Cette intervention, si elle est indiquée et réalisable, pourrait être un excellent moyen d'éviter l'aggravation de l'obstruction au niveau des voies aériennes supérieures débouchant, dans quelques années, sur un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil comèplet [recte : complet] . ■ Il relevait encore que, depuis l'adolescence le patient ressentait une fatigue diurne et parfois une somnolence, son entourage décrivant un ronflement irrégulier mais apparemment pas d'irrégularité respiratoire. Le 23 mars 2017, ce praticien a précisé ce qui suit : ■(...) le patient présente une importante altération de l'articulé dentaire avec une protrusion de l'arcade dentaire supérieure et un rétrognatisme. Du point de vue respiratoire, ces anomalies s'associent à un ronflement et à une importante accentuation de la résistance des voies aériennes supérieures compatible avec un syndrome des résistances des voies aériennes supérieures (RERA). Subjectivement le patient présentait une fatigue et une somnolence diurne que j'avais documenté en juin 2010 avec un index à 10/21 sur l'échelle d'Epworth. J'ai fourni au patient un appareil CPAP de type DreamStation de la maison Philips pour un essai. Cet appareil a été rapidement très bien toléré et le patient s'est senti nettement amélioré. La pression fournie par l'appareil était de 6.5 cmH20 permettant de supprimer le ronflement et d'améliorer les résistances augmentées. En raison de cette réponse positive au traitement par appareil CPAP, le diagnostic de syndrome des résistances augmentées des voies aériennes supérieures me semble confirmé et le traitement avec PPC est poursuivi. Compte tenu de l'âge du patient, une correction de l'anomalie des arcades dentaires est médicalement indiquée et je pense qu'il conviendrait de reconsidérer la prise en charge de cette intervention par Assura. Cette attitude thérapeutique permettra de diminuer les coûts de traitement à long terme ainsi que les complications qui pourraient survenir car, si on laisse évoluer la situation actuelle, le syndrome d'apnées du sommeil va progressivement s'aggraver.■ Il s'ensuit que le spécialiste en maladies des poumons, consulté par l'assuré, semble retenir à titre de diagnostic un SRVAS tout en parlant d'une aggravation progressive du syndrome de l'apnée du sommeil en l'absence d'intervention maxillo-faciale, ce qui n'est pas dépourvu d'une certaine forme de contradiction. L'avis du Dr B. _____, qui ne remplit pas les exigences jurisprudentielles en matière de preuve, ne permet pas, quoi qu'il en soit, de se prononcer sur le point litigieux, qui est de savoir si la pathologie dont souffre le recourant tombe sous la notion d'apnée du sommeil au sens de l'article 17 let. f ch. 1 OPAS . En particulier le tableau clinique présenté par l'intéressé n'est pas décrit de façon détaillée et l'appréciation qui est faite de la situation médicale manque de clarté, les conclusions médicales n'apparaissant d'ailleurs pas comme dûment motivées. L'opinion de la Dr A. _____ (rapport du 31.01.2017), par trop succincte, qui s'est limitée à signaler que l'importante malocclusion dont souffrait son patient nécessitait un traitement ortho-chirurgical, en indiquant que cette intervention était confirmée par les conclusions du Dr B. _____, n'apporte a fortiori aucun élément à même de répondre à la question de savoir si l'assuré souffre d'un syndrome de l'apnée du sommeil couvert par l'article 17 let. f ch. 1 OPAS . Il en va de même de la détermination du Dr C. _____ (rapport du 06.11.2017), qui a signalé que son patient souffrirait d'un syndrome d'apnée du sommeil très invalidant en se référant aux conclusions du Dr B. _____, lequel, sans retenir formellement un tel diagnostic, a fait état, sans autre explication, de ce syndrome en lien avec une aggravation consécutive à l'absence de traitement par chirurgie.L'appréciation du médecin-dentiste conseil ne permet pas non plus de se déterminer sur le point litigieux. Dans un premier temps, le Dr D. _____ a exclu que l'assuré remplirait les critères de

l'article 17 let. f ch. 1 OPAS en se référant, sans autre commentaire, à l'avis du Dr B. _____ (rapport du 07.02.2018). Dans un deuxième temps – sur le vu des considérations médicales énoncées ci-avant, lesquelles ne sont pourtant pas convaincantes, et sans avoir examiné l'intéressé – le médecin-dentiste conseil a relevé que le SHRVAS ne figurait pas en tant que tel dans la liste des affections pouvant être qualifiées de maladie au sens de l'article 17 let. f OPAS et que cette pathologie ne remplirait pas le seuil défini pour la prise en charge de l'apnée du sommeil par l'assureur-maladie, à savoir la présence de plus de quinze apnées par heure. Or, le Tribunal administratif du canton d'Obwald a déjà eu l'occasion de souligner, dans un cas où il était fait mention d'un SHRVAS et d'un nombre d'apnée par heure non supérieur à quinze, qu'un syndrome de l'apnée du sommeil, couvert par l'article 17 let. f ch. 1 OPAS, ne pouvait pas sans autre être exclu, mais qu'il convenait de clarifier, au moyen d'une expertise réalisée par un spécialiste indépendant, si l'assuré souffrait d'une affection tombant sous la notion d'apnée du sommeil au sens de ladite disposition. En particulier, le Tribunal administratif du canton d'Obwald a considéré qu'il y avait lieu de tenir compte du fait que le diagnostic ne pouvait pas être basé uniquement sur les valeurs indicatives d'index (arrêt du 25.04.2007 [VVG 2007/08 Nr. 42] précité). c) En définitive, au vu des lacunes d'instruction exposées ci-avant, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière complète, soit que la pathologie présentée par le recourant n'a pas été établie de manière probante. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à Assura – à qui il appartient au premier chef d'instruire – cette solution apparaissant comme la plus opportune. Il incombera ainsi à l'intimée de mettre en œuvre une expertise conformément à l'article 44 LPGA, tenant compte de la complexité du tableau clinique et déterminant si l'assuré présente un syndrome d'apnée du sommeil avec valeur de maladie au sens de l'article 17 let. f ch. 1 OPAS, soit apportant une clarification interdisciplinaire spécialisée et posant un diagnostic prenant en considération tous les symptômes identifiés chez le recourant et pouvant parler en faveur d'un possible syndrome de l'apnée du sommeil.

E. 4

Au regard de ce qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition annulée. Il est statué sans frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui n'est pas représenté par un mandataire professionnel et qui n'a pas prétendu avoir engagé des frais en relation avec son recours, n'a pas droit à des dépens.

E. 19

de l'OPAS, qui se rapportent à chacune des éventualités prévues à l'article 31 al. 1 let. a à c LAMal. Ainsi, l'article 17 OPAS énumère les maladies graves et non évitables du système de la mastication au sens de l'article 31 al. 1 let. a LAMal, qui ouvrent le droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins. L'article 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'article 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'article 19a OPAS règle les conditions de la prise en charge des frais dentaires occasionnés par certaines infirmités congénitales. Selon une jurisprudence constante, la liste des affections de nature à nécessiter des soins dentaires à la charge de l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie est exhaustive (ATF 130 V 464 cons. 2.3, 129 V 80 cons. 1.3, 275

cons. 3.2, 127 V 328 cons. 3a, 339 cons. 3b, 124 V 185).

b) L'article 17 OPAS renferme une liste des maladies graves et non évitables du système de la mastication. Le Tribunal fédéral 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 de cette disposition est plus restrictive que la notion de maladie valable généralement dans l'assurance-maladie sociale (art. 3 al. 1 LPGA). En d'autres termes, le degré de gravité de la maladie est une des conditions de la prise en charge par l'assurance-maladie des traitements dentaires; les maladies qui ne présentent pas ce degré de gravité n'entrent pas dans les prévisions de l'article 31 al. 1 LAMal (ATF 127 V 333 cons. 5a et b; SVR 2002 KV 39 142 cons. 3d; cf. aussi arrêt du TF du 29.12.2006 [K 146/05] cons. 2). Au nombre des maladies graves et non évitables du système de la mastication ouvrant droit à la prise en charge des coûts des traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins figurent notamment les dysgnathies qui provoquent des affections pouvant être qualifiées de maladies, tels qu'un syndrome de l'apnée du sommeil (art. 17 let. f ch. 1 OPAS), des troubles graves de la déglutition (art. 17 let. f ch. 2 OPAS) ou des asymétries graves cranio-faciales (art. 17 let. f ch. 3 OPAS).

Selon la jurisprudence, 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 125 V 19 cons. 3a; SVR 1999 KV 11, p. 25 cons. 1). Seules les dysgnathies inévitables peuvent être reconnues comme maladie du système de la mastication et entraîner l'obligation de prise en charge de l'assureur. Cela étant, le fait qu'elles figurent à l'article 17 let. f OPAS ne permet pas de les qualifier d'emblée d'inévitables (ATF 129 V 275 cons. 6.1). Par ailleurs, toutes les dysgnathies inévitables au sens de l'article 17 let. f OPAS ne doivent pas nécessairement revêtir les formes les plus graves. Les dysgnathies dont il est question à l'article 17 let. f ch. 1 OPAS ne doivent pas être graves en soi; seuls leurs effets à savoir le syndrome d'apnée du sommeil doivent l'être. De même, les dysgnathies au sens de l'article 17 let. f ch. 2 OPAS doivent entraîner des troubles graves de la déglutition. Seules les dysgnathies mentionnées à l'article 17 let. f ch. 3 OPAS revêtent en soi un caractère de gravité dans la mesure où elles provoquent des asymétries cranio-faciales graves (ATF 129 V 275 cons. 6.2). Enfin, la liste contenue à l'article 17 let. f OPAS n'est pas exemplative mais limitative; seules, et pour autant qu'elles puissent être qualifiées de maladies, les affections mentionnées aux chiffres 1 à 3 provoquées par des dysgnathies inévitables sont susceptibles d'entraîner la prise en charge des coûts de traitements dentaires par l'assurance obligatoire des soins (arrêt du TF du 29.12.2006 [K 146/05] cons. 3).

c) 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 (art. 27 LAMal). Aux termes de 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 vingtième année (let. a) ou que les traitements sont nécessaires avant la vingtième année pour un assuré soumis à la LAMal mais qui n'est pas assuré par l'assurance-invalidité fédérale (let. b).

L'article 27 LAMal 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. Ainsi, par exemple,

elle doit suppléer l'assurance-invalidité lorsque, en raison de l'accomplissement de la vingtième année, les suites d'une infirmité congénitale au sens de l'article 1 al. 1 OIC ne peuvent plus être prises en charge par l'assurance-invalidité (art. 13 al. 1 LAI) ou lorsque, en raison de son importance minimale, cette infirmité a été biffée de la liste des infirmités congénitales mentionnée à l'annexe à l'OIC (art. 13 al. 2, seconde phrase, LAI; ATF 126 V 103 cons. 3b/aa et la référence; cf. aussi arrêt du TF du 16.04.2010 [9C_223/2009] cons. 2.1 et 2.3 et les références citées).

Selon la jurisprudence, les traitements dentaires consécutifs à une infirmité congénitale au sens de l'article 27 LAMal n'ouvrent toutefois droit aux prestations de l'assurance-maladie obligatoire des soins que lorsque les conditions de l'article 31 al. 1 LAMal sont réalisées (ATF 129 V 80). Précisant ce principe, le Tribunal fédéral a jugé que seuls doivent être considérés comme nécessaires après la vingtième année au sens de l'article 19a al. 1 let. a OPAS les traitements dentaires occasionnés par une infirmité congénitale qui, en raison d'une indication médicale, requièrent des soins après l'accomplissement de la vingtième année. C'est pourquoi l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie ne peut être appelée à prendre en charge des frais occasionnés par des traitements qui auraient pu être exécutés avant l'accomplissement de la vingtième année ■ partant, être pris en charge par l'assurance-invalidité ■ et qui ne l'ont pas été pour des motifs échappant à la sphère d'influence de l'assurance-maladie (ATF 130 V 294; cf. aussi arrêts du TF des 30.08.2010 [9C_237/2010] cons. 2.2 et 16.04.2010 [9C_223/2009] cons. 2.3 et les références citées). Au nombre des infirmités congénitales susceptibles de justifier la prise en charge des traitements dentaires qu'elles occasionnent figurent notamment la micromandibulie congénitale inférieure, 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, soit l'appréciation céphalométrique montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB de 9 degrés et plus (ou par un angle ANB d'au moins 7° combiné à un angle maxillo-basal d'au moins 37°), soit 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 (art. 19a al. 2 ch.

E. 20

micromandibulie congénitale inférieure, 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 montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB de 9 degrés et plus (ou par un angle ANB d'au moins 7 degrés combiné à un angle maxillo-basal d'au moins 37 degrés);

- 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;

21. mordex apertus congénital, lorsqu'il entraîne une béance verticale après éruption des incisives permanentes et que l'appréciation céphalométrique montre un angle maxillo-basal de 40 degrés et plus (ou de 37 degrés au moins combiné à un angle ANB de 7 degrés et plus);

mordex clausus congénital, lorsqu'il entraîne une supraocclusion après éruption des incisives permanentes et que l'appréciation céphalométrique montre un angle maxillo-basal de 12

degrés au plus (ou de 15 degrés au plus combiné à un angle ANB de 7 degrés et plus);

E. 22

prognathie inférieure congénitale, lorsque:

- l'appréciation céphalométrique montre une divergence des rapports sagittaux de la mâchoire mesurée par un angle ANB d'au moins -1 degré et qu'au moins deux paires antagonistes de la seconde dentition se trouvent en position d'occlusion croisée ou en bout à bout,

-il existe une divergence de +1 degré combinée à un angle maxillo-basal de 37 degrés et plus, ou de 15 degrés au plus;

E. 23

épulis du nouveau-né;

E. 24

atrésie des choanes;

E. 25

glossoschisis;

E. 26

macroglossie et microglossie congénitales, lorsqu'une opération de la langue est nécessaire;

E. 27

kystes congénitaux et tumeurs congénitales de la langue;

28.6affections congénitales des glandes salivaires et de leurs canaux excréteurs (fistules, sténoses, kystes, tumeurs, ectasies et hypo- ou aplasies de toutes les glandes salivaires importantes);

28a.7rétention ou ankylose congénitale des dents lorsque plusieurs molaires ou au moins deux prémolaires ou molaires de la seconde dentition placées l'une à côté de l'autre (à l'exclusion des dents de sagesse) sont touchées, l'absence de dents (à l'exclusion des dents de sagesse) est traitée de la même manière que la rétention ou l'ankylose;

E. 29

kystes congénitaux du cou, fistules et fentes cervicales congénitales et tumeurs congénitales (cartilage de Reichert);

E. 30

hémangiome caverneux ou tubéreux;

E. 31

lymphangiome congénital, lorsqu'une opération est nécessaire;

E. 32

coagulopathies et thrombocytopathies congénitales;

E. 33

histiocytoses (granulome éosinophilique, maladies de Hand - Schüler - Christian et de Letterer - Siwe);

E. 34

malformations du système nerveux et de ses enveloppes (encéphalocèle, kyste arachnoïdien, myéломéningocèle, hydromyélie, méningocèle, mégalencéphalie, porencéphalie et diastématomyélie);

E. 35

affections hérédéo-dégénératives du système nerveux (p. ex.: ataxie de Friedreich, leucodystrophies et affections progressives de la substance grise, atrophies musculaires d'origine spinale ou neurale, dysautonomie familiale, analgésie congénitale);

E. 36

épilepsies congénitales;

E. 37

paralysies cérébrales congénitales (spastiques, athétosiques et ataxiques);

E. 38

paralysies et parésies congénitales;

E. 39

ptose congénitale de la paupière;

E. 40

aplasiе des voies lacrymales;

E. 41

anophthalmie;

E. 42

tumeurs congénitales de la cavité orbitaire;

E. 43

atrésie congénitale de l'oreille, y compris l'antotie et la microtie;

E. 44

malformations congénitales du squelette du pavillon de l'oreille;

E. 45

troubles congénitaux du métabolisme des mucopolysaccharides et des glycoprotéines (p. ex.: maladie Pfaundler-Hurler, maladie de Morquio);

E. 46

troubles congénitaux du métabolisme des os (p. ex.: hypophosphatasie, dysplasie diaphysaire progressive de Camurati-Engelmann, ostéodystrophie de Jaffé-Lichtenstein, rachitisme résistant au traitement par la vitamine D);

E. 47

troubles congénitaux de la fonction de la glande thyroïde (athyroïde, hypothyroïde et crétinisme);

E. 48

troubles congénitaux de la fonction hypothalamohypophysaire (nanisme hypophysaire, diabète insipide, syndrome de Prader-Willi et syndrome de Kallmann);

E. 49

troubles congénitaux de la fonction des gonades (syndrome de Turner, malformations des ovaires, anorchie, syndrome de Klinefelter);

E. 50

neurofibromatose;

51. angiomatose encéphalo-trigémimée (Sturge-Weber-Krabbe);

52. dystrophies congénitales du tissu conjonctif (p. ex.: syndrome de Marfan, syndrome d'Ehlers-Danlos, cutis laxa congenita, pseudoxantheme élastique);

53. tératomes et autres tumeurs des cellules germinales (p. ex.: dysgerminome, carcinome embryonnaire, tumeur mixte des cellules germinales, tumeur vitelline, choriocarcinome, gonadoblastome).

1 Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 13 déc. 1996, en vigueur depuis le 1er janv. 1997 (RO1997564). 2 Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 4 juil. 1997, en vigueur depuis le 1er janv. 1998 (RO19972697). 3 RS832.104 Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, en vigueur depuis le 1er janv. 1998 (RO19982923). 5 Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998, en vigueur depuis le 1er janv. 1998 (RO19982923). 6 Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 2001, en vigueur depuis le 1er janv. 2001 (RO20012150). 7 Introduit par le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 1998 (RO19982923). Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du DFI du 9 juil. 2001, en vigueur depuis le 1er janv. 2001 (RO20012150).

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